



**De:** Secretaria Nacional para a Gestão  
**Para:** Agrupamentos, Juntas de Núcleo e Juntas Regionais  
**Assunto:** Seguro escutista de acidentes pessoais - procedimentos  
**Data:** 11/10/2024  
**Circular:** 18-SNG-2024

Caros irmãos escutas,

Na sequência da entrada em vigor, no passado dia 1 de outubro, da nova apólice de seguro escutista de Acidentes Pessoais, vimos divulgar todos os dados e procedimentos em caso de sinistro:

Apólice nº AG65857990  
Companhia de Seguros: Fidelidade – Companhia de Seguros, S.A.

Em caso de sinistro, a participação deverá ser efetuada no formulário de “Participação de sinistro” (em anexo), que poderá ser impresso, preenchido e assinado tradicionalmente, ou preenchido diretamente no ficheiro pdf, editável e assinado digitalmente.

Esta participação deverá ser efetuada, no prazo máximo de 7 dias após a data do acidente, para a corretora SEGURAMOS - Corretores e Consultores de Seguros, S.A. através do seguinte endereço:

[sinistros@seguramos.pt](mailto:sinistros@seguramos.pt)

Em caso de necessidade, os contatos da corretora são:

**Paula Moreira**

Gestora de Clientes  
Contato – 912799012  
Telefone fixo - 223746800  
E-Mail: [paula.moreira@seguramos.pt](mailto:paula.moreira@seguramos.pt)

**Hugo Monteiro**

Gestor de Clientes  
Contato – 912799019  
Telefone fixo - 223746800  
E-Mail: [hugo.monteiro@seguramos.pt](mailto:hugo.monteiro@seguramos.pt)

Corpo Nacional de Escutas  
Rua D. Luís I, nº34  
1200-152 Lisboa  
Portugal  
Tel.: +351 218 427 020  
Fax: +351 218 427 039  
[geral@escutismo.pt](mailto:geral@escutismo.pt)  
[www.escutismo.pt](http://www.escutismo.pt)



Relativamente ao seguro dos auxiliares permanentes, será incluído nos censos do próximo ano e o valor do seguro será processado em conjunto com o censo dos agrupamentos. Caso seja necessário algum seguro para auxiliares pontuais, deverão enviar os nomes e NIF, bem como as datas em que decorrerão as atividades por e-mail para [rfigueira@escutismo.pt](mailto:rfigueira@escutismo.pt).

Qualquer sinistro ocorrido até 30 de setembro e que tenha sido devida e atempadamente comunicado à anterior corretora de seguros, deverá continuar a ser tratado pela mesma, até que seja fechado o processo.

Para qualquer esclarecimento adicional sobre esta questão, poderão contactar o diretor dos Serviços Centrais – Rui Figueira, através do e-mail: [rfigueira@escutismo.pt](mailto:rfigueira@escutismo.pt), ou pelo número 924754040.

Com as minhas melhores saudações escutistas,



Pedro Carvalho Chula  
Secretário Nacional para a Gestão

DATA DE ENTRADA

MODALIDADE/PRODUTO

APÓLICE Nº

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

**ACIDENTES PESSOAIS GRUPO - OTL**

**AG 6 5 8 5 7 9 9 0**

SÉRIE 1 | 0 | 0

TODA A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA PARA:

**SINISTROS DE ACIDENTES PESSOAIS - LARGO DO CALHARIZ 30 - 1249-001 - LISBOA - PORTUGAL.**

CÓDIGO MEDIADOR

BALCÃO

NOME MEDIADOR

O COMPLETO PREENCHIMENTO DESTA PARTICIPAÇÃO E O ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO RESPECTIVA FACILITARÁ A APRECIÇÃO E TORNARÁ POSSÍVEL UMA RÁPIDA DECISÃO SOBRE A COMPARTICIPAÇÃO SOLICITADA.

### 1. TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO

NOME **CORPO NACIONAL DE ESCUTAS (CNE) ESCUTISMO CATÓLICO PORTUGUÊS**

### 2. PESSOA SINISTRADA

NOME COMPLETO

MORADA

LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL

TELEFONE

TELEMÓVEL

FAX

E-MAIL

BILHETE DE IDENTIDADE / CÉDULA PESSOAL

Nº DE CONTRIBUINTE

DATA DE NASCIMENTO

IBAN

BIC

S.F.F. VER PÁG. 2 QUAIS OS DOCUMENTOS A JUNTAR PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO.

### 3. IDENTIFICAÇÃO / DESCRIÇÃO DO SINISTRADO

DATA DO SINISTRO

HORA

LOCAL DO SINISTRO

DANOS OCORRIDOS/SOFRIDOS

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO SINISTRO (SE NECESSÁRIO UTILIZE A PÁG. 2)

O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO?  SIM  NÃO

O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO?  SIM  NÃO EM QUE COMPANHIA

N.º DE APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL

O SINISTRADO TEM OUTRO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COM COBERTURA DAS DESPESAS MÉDICAS?  SIM  NÃO EM QUE COMPANHIA

N.º DE APÓLICE?

QUAL O VALOR?

ACIDENTE DE VIAÇÃO  SIM  NÃO

SE SIM INFORMAR MATRÍCULA DO VEÍCULO - - -

NOME DOS PASSAGEIROS

IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS (SE AS HOUVER)

AS AUTORIDADES TOMARAM NOTA DA OCORRÊNCIA  SIM  NÃO

GNR  PSP

POSTO/BRIGADA/ESQUADRA

Nº DE AUTO DA NOTÍCIA

DATA

S.F.F. VER PÁG. 2 QUAIS OS DOCUMENTOS A JUNTAR PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO

#### 4. IDENTIFICAÇÃO DO TERCEIRO (CASO EXISTA)

NO CASO DE O SINISTRO TER PROVOCADO DANOS EM TERCEIROS, INDIQUE:

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL [ ][ ][ ][ ][ ] – [ ][ ][ ][ ] \_\_\_\_\_

TELEFONE [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] TELEMÓVEL [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] FAX [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

#### 5. DESCRIÇÃO

LOCAL E DATA

O TOMADOR DO SEGURO / PESSOA SEGURA

#### 6. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E OBRIGATÓRIA EM FUNÇÃO DAS PRINCIPAIS COBERTURAS

CASO SE TRATE DO SEGURO PROTEÇÃO VITAL DAS PESSOAS, A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA SERÁ A PREVISTA NAS CONDIÇÕES GERAIS OU A QUE A FIDELIDADE CONSIDERE RELEVANTE PARA A REGULARIZAÇÃO DO SINISTRO, E QUE SERÃO SOLICITADOS PELA GESTÃO DE SINISTROS.

##### IBAN:

Para sua segurança, a informação relativa ao IBAN só será considerada quando acompanhada de:

- Comprovativo do Banco com Indicação do Titular da Conta.

Tratando-se de sinistrado menor, para reembolso de despesas aos pais, deve ser enviado:

- Comprovativo de IBAN do responsável legal,
- Dados do responsável legal (nomes completo, NIF, morada, IBAN).

##### DESPESAS DE TRATAMENTO

Informação Clínica, Prescrição Clínica (receita) e Apresentação de Recibos (Farmácia, Clínica, Hospital, etc)

##### INDEMNIZAÇÃO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

Relatório médico a referir:

- Lesões sofridas, Tratamentos efetuados
- Cópias dos exames auxiliares de diagnóstico
- Período de Incapacidade Temporária Absoluta e Situação final

Comprovativo da quebra salarial verificada, nos casos de Incapacidade Temporária Parcial.

No que respeita às situações de Incapacidade Temporária Absoluta, comprovativo de rendimentos do trabalho (por conta própria ou por conta de outrem)

##### INDEMNIZAÇÃO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

Declaração do Hospital a referir o motivo do internamento e respetivo período.

##### INDEMNIZAÇÃO POR INCAPACIDADE PERMANENTE PARCIAL

Relatório médico a referir:

- Lesões sofridas, Tratamentos efetuados
- Cópias dos exames auxiliares de diagnóstico
- Período necessário à recuperação e sequelas existentes.

##### INDEMNIZAÇÃO POR MORTE

- Certidão de habilitação de Herdeiros, sempre que não haja beneficiários designados. Sempre que haja menores, Certidão de cópias integral do assento de nascimento. Relatório de autópsia e resultado da análise toxicológica ao sangue e Auto de Ocorrência, caso a morte decorra de acidente de viação.

##### DESPESAS DE FUNERAL

Recibo original da despesa de funeral.

##### RESPONSABILIDADE CIVIL

- Declaração escrita do terceiro e indicação de testemunhas presenciais. Os "salvados" dos objetos danificados, têm de ser preservados até à regularização do sinistro.

- Os comprovativos das Despesas (Faturas/Recibos) em nome do Tomador
- É reservado à seguradora o direito de Averiguação
- Declaração de pais/tutores a assumir a responsabilidade do(a) filho(a) pelo sucedido.
- Fotocópia do título do Registo de Propriedade do veículo (sempre que estejam envolvidos veículos).

##### VIAGEM

No desaparecimento de bagagem, na transportadora ou em hotéis:

- Cópia do formulário participando o desaparecimento da bagagem à transportadora ou à Administração do Hotel e Declaração a informar os valores indemnizados.

Nos cancelamento de viagem:

- Justificativo sobre o episódio verificado que originou o cancelamento.

Em caso de roubo:

- Cópia da participação à polícia local.

#### A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA COMPANHIA

RECEÇÃO NA COMPANHIA - NUC [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

RÚBRICA \_\_\_\_\_

ANÁLISE

NUC [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

RÚBRICA \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES