



**Corpo Nacional de Escutas**  
Escutismo Católico Português

De: Serviços Administrativos

Para: JJRR, JJNN, Agrupamentos

Data: 22 de fevereiro de 2018

Assunto: Seguro de acidentes pessoais do CNE – como fazer a participação

Circular: 18-11-SA

Caros Irmãos Escutas,

Enviamos em anexo as normas de participação do seguro de acidentes pessoais do CNE, bem como o documento da participação em caso de acidente, que devem levar sempre para as vossas atividades.

Sem outro assunto de momento,

**Sempre Alerta para Servir**

Teresa Loja  
(Chefe dos Serviços Administrativos do CNE)

Corpo Nacional de Escutas  
Rua D Luis I, nº34  
1200-152 Lisboa  
Portugal

Tel. +351 218 427 020  
Fax: +351 218 427 039  
geral@cne-escutismo.pt  
www.cne-escutismo.pt



**WISEBROKER**

# Procedimento de Participação de Sinistro- Acidentes Pessoais Apólice 6723000

---

1.º. Dirigirem -se a uma Unidade Hospitalar para minimizar os danos do Acidente. **DEVEM SEMPRE SOLICITAR RELATÓRIO MÉDICO DO EPISÓDIO DE URGÊNCIA.**

2.º.. Participar o acidente à WiseBroker --- **Prazo 8 dias**

Email: [saramartins@wisebroker.pt](mailto:saramartins@wisebroker.pt)

[leonorleite@wisebroker.pt](mailto:leonorleite@wisebroker.pt)

Morada para envio da Correspondência (originais despesas):

Rua Jorge Mendes 21

3000 418 Coimbra

## **COMO DEVE PARTICIPAR O SINISTRO?**

- Preenchimento do impresso de participação de acidentes pessoais pelo chefe do agrupamento ou responsável legítimo .

- Tomador Seguro: Identificação do Agrupamento, morada e contacto telefónico

- Sinistrado: Nome completo e data de nascimento.

- Acidente:. Descrever detalhadamente o acidente.

- Boletim de Exame Médico – Não é necessário ser preenchido pelo Médico.

- Assinar e carimbar

**A apólice 6723000 do CNE é uma apólice de capitais limitados, todas as despesas devem ser pagas pelos sinistrados e posteriormente enviadas para a para se proceder aos reembolsos.**

[Escrever texto]

### PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO DE ACIDENTES PESSOAIS

A participação deve ser remetida urgentemente para:  
Wise Broker Seguros

Rua Jorge Mendes 21, 3000 - 561 Coimbra  
saramartins@wisebroker.pt • leonorleite@wisebroker.pt

CLIENTE:

APÓLICE: 6723000

#### 1. TOMADOR DO SEGURO

Nome <b>CNE - Agrupamento</b>			
Morada		Localidade	
Cód. Postal	Pais	Telefone	Telefax
-			

#### 2. SINISTRADO

Nome Completo							
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão / Ramo atividade	Perf.	CAE	Nº Contribuinte	Nº BI / Cartão Cidadão	
Data de Nascimento		Nacionalidade	Cartade Condução				
			N.º				
			Data de Emissão				
Morada				Localidade			
Cód. Postal		Pais	Telefone	Fax			
-							
E-mail						Telemóvel	

#### 3. ACIDENTE

Data		Hora		h		m	Local:
Descrição							
Quem prestou a primeira assistência? (Posto / Hospital / Clínica / Médico)							
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>							
Proprietário:		Matrícula:		Condutor:			
Autoridade que tomou conta da ocorrência (remeter auto à seguradora):		Apólice:		Seguradora:			
				De quem é a responsabilidade?			

#### 4. OBSERVAÇÕES


BOLETIM DE EXAME MÉDICO E DE ALTA - A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE

#### 5. DIAGNÓSTICO


#### 6. CONSULTAS E TRATAMENTOS

Data	Terapêutica	Rubrica

Assinatura