



**Corpo Nacional
de Escutas**

De: Serviços Administrativos do CNE

Para: Agrupamentos, Juntas de Núcleo e Juntas Regionais

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

Data: 21/10/2020

Circular: 32-SA-2020

Caros Irmãos Escutas,

Vimos por este meio reforçar e atualizar a circular [11-SA-2018, de 22 de fevereiro de 2018](#) de forma que seja cumprida a deliberação do Conselho Nacional Plenário de 27 e 28 de maio de 2006, publicada em Atos Oficiais na Flor de Lis de julho de 2006.

“Nenhum escuteiro ou candidato a escuteiro pode participar em atividades sem estar devidamente segurado através do nível em que se encontre inscrito.

Nenhuma pessoa externa ao CNE pode participar em atividades da responsabilidade da Associação sem a devida cobertura de seguro de acidentes pessoais de características idênticas às do seguro escutista do CNE.

A violação da obrigação de estar seguro, quer para os associados quer para terceiros, constitui o responsável pela atividade na obrigação de responder pessoalmente por todos os prejuízos que possam ocorrer.”

Neste sentido, enviamos em anexo as normas de participação do seguro de acidentes pessoais do CNE, bem como o documento da participação que devem preencher em caso de acidente, e que deve estar sempre à mão nas vossas atividades.

Recordamos que para acionar o seguro a informação recolhida na ficha de recolha de dados, deve ser inserida na ficha dos elementos no SIIE e as fichas têm de estar ativas.

A partir de 2020 o sistema foi alterado e são enviadas referências bancárias das quotas e seguros pós-censos às Juntas Regionais, com uma listagem dos elementos a que se refere

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

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



**Corpo Nacional
de Escutas**

esse pagamento. As Juntas Regionais ou de Núcleo depois cobram os valores aos Agrupamentos.

Com as minhas melhores saudações escutistas,

TLoja

Teresa Loja

Chefe dos Serviços Administrativos do CNE

tloja@escutismo.pt

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

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

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

Email: saramartins@wisebroker.pt

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]

PARTICIPACÃO 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 **CNE - Agrupamento**

Morada										Localidade									
Cód. Postal					País					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		País	Telefone	Fax
-				

E-mail	Telefómvél

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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Matrícula:	Condutor:
--	------------	-----------

Proprietário:	Apólice:	Seguradora:
---------------	----------	-------------

Autoridade que tomou conta da ocorrência (remeter auto à seguradora):	De quem é a responsabilidade?
---	-------------------------------

4. OBSERVAÇÕES

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

5. DIAGNÓSTICO

[illegible]

6. CONSULTAS E TRATAMENTOS

Data	Terapêutica	Rubrica

Assinatura