

De: Serviços Administrativos do CNE

Para: Agrupamentos, Juntas de Núcleo e Juntas Regionais

Assunto: Seguro para auxiliares e participantes em atividades escutistas não escuteiros

Data: 02/04/2024

Circular: 10-SA-2024

Caros Irmãos Escutas,

Recordamos 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.

“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 o Conselho Nacional encarregou a Junta Central de dar todo o apoio técnico e administrativo aos níveis que promovam atividades com participantes não-escuteiros, procurando soluções económicas de seguro e em boas condições de cobertura. Esses seguros foram negociados com a FRego, a mediadora de seguros do CNE.

Segue em anexo a esta circular o resumo dos seguros que a Mediadora oferece para cobrir esta decisão do Conselho Nacional, e as indicações de como os acionar, bem como a participação que devem preencher em caso de acidente.

Com as minhas melhores saudações escutistas,



Teresa Loja
Chefe dos Serviços Administrativos do CNE
tloja@escutismo.pt

Seguro de Acidentes Pessoais
Proteção para as Pessoas nas Atividades

Seguradora: Lusitania

Para Elementos que participam nas atividades escutistas com regularidade – “Seguro auxiliar”

Coberturas

- Morte ou Invalidez Permanente 250 000,00€
- incapacidade temporária absoluta (ITA) em caso de Internamento 50,00€
- Despesas de Tratamento 25 000,00€

Validade

Ano escutista

Prémio Total por pessoa

15,00 €

Para subscrever o seguro:

Enviar email com NOME, DATA DE NASCIMENTO E CONTRIBUINTE das Pessoas que pretendem segurar.

Fazer transferência para o IBAN

PT50.0033.0000.00118026594.05

Enviar Comprovativo de Transferência (nº. de pessoas * valor)

Para: adriana.rola@frego.pt

Cc: sara.martins@frego.pt

Seguro de Acidentes Pessoais Proteção para as Pessoas nas Atividades

Seguradora: Lusitania

Para Participantes em Atividades Escutistas Esporadicamente - “Seguro dos Pontuais”

Devem ser incluídas todas as pessoas “não escuteiras”, que possam a convite de determinado agrupamento, participar numa atividade organizada por estes.

Podem ser pais de escuteiros, irmão de escuteiros, filhos de escuteiros e/ou pessoas convidadas para conhecerem a atividade escutista.

Coberturas

- Morte ou invalidez permanente 50.000,00 €
- Despesas de tratamento 5.000,00 € (c/ franquia de 50 €)

Prémio total por pessoa /atividade

3,00€

Para subscrever o seguro:

Enviar email com NOME, DATA DE NASCIMENTO E CONTRIBUINTE das Pessoas que pretendem segurar

Fazer transferência para o IBAN

PT50.0033.0000.00118026594.05

Enviar Comprovativo de Transferência (nº. de pessoas * valor)

Para: adriana.rol@frego.pt

Cc: sara.martins@frego.pt

Contactos

Rua Jorge Mendes 21

3000-418 Coimbra

Telefone: 239 497 150 / 239 851 810

CLIENTE:

APÓLICE: 6 7 2 3 0 0 0

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome Completo CNE - Agrupamento		E-mail
Morada		NIF
Local do sinistro		Telefone
Freguesia	Concelho	País

2. SINISTRADO

Nome Completo						
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão / Atividade	Perf.	CAE	NIF	Nº B.I. / Cartão Cidadão
Data de Nascimento	Nacionalidade		Carta de Condução Nº	1ª Data de Emissão		
Morada				Localidade		
Cód. Postal			País		Telefone	
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?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Matrícula:	Condutor:
Proprietário:		Apólice:	Seguradora:	
Autoridade que tomou conta da ocorrência: (reter auto à seguradora)			De quem é a responsabilidade?	

4. OBSERVAÇÕES

5. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

Nome:	
Data de preenchimento:	Assinatura:

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

6. DIAGNÓSTI

7. CONSULTAS E TRATAMENTOS

Data	Terapêutica	Rubrica

Assinatura