CERTIFICADO DE SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO

JOGADORES PROFISSIONAIS DE FUTEBOL

TOMADOR DO SEGURO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APÓLICE N.º: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICADO N.º: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para fazer prova junto da FPF e da Liga Portugal, em conformidade com o disposto no n.º 4 do artigo 7.º da Lei n.º 54/2017, de 14 de julho, declaramos, em harmonia com a Lei 27/2011 de 16 de junho, que a Sociedade Desportiva acima indicada subscreveu para o período de [… a …] uma Apólice de Acidentes de Trabalho por conta de outrem, na [identificação da Seguradora] em conformidade com as Condições Gerais, Especiais e Particulares da apólice, para a qual transfere, nos termos da legislação em vigor, a responsabilidade civil emergente de acidentes de trabalho ou doença profissional.

Mais se declara que a citada apólice e cobertura não será anulada ou suspensa, sem aviso prévio à FPF e Liga Portugal, por carta registada, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data da eficácia da suspensão ou anulação.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome Completo do Jogador** | **Data de Nascimento** | **Salário Anual** |
|  |  |  |

**Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **(Assinatura e Carimbo / Selo Branco do Segurador)** |