



SCOUTS DE ARGENTINA ASOCIACION CIVIL

Personería Jurídica Nacional: Res. I.G.J. Nº999 del 24/09/1998

CUIT 30-69732250-3 - IVA: Exento

DENUNCIA DE SINIESTRO – ACCIDENTES PERSONALES

Anexo 5 – Norma CE 004-08

1. DATOS DE LA POLIZA Y EL ASEGURADO

RESERVADO PARA OFICINA SCOUT NACIONAL
Número de Póliza:
Fecha de Alta en Nómina:/...../..20.....(Fecha de Afiliación)
Contratante: Scouts de Argentina Asociación Civil

Asegurado: (nombre y apellido completo del accidentado)

.....

DNI:Edad:Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Domicilio del Asegurado:.....N°.....

Localidad:.....C.P. :.....Provincia:.....

Organismo de *Scouts de Argentina Asociación Civil* al que pertenece

GRUPO SCOUT			
Nro	NOMBRE	Dto	Zona

(Tilde los que corresponde)

Miembro Activo **Beneficiario:** Scout
 Colaborador Castores Caminante
 Acompañante Lobato/ezna Rover

Función:.....

2. DATOS DEL SINIESTRO

Viajando a/desde una actividad En campamento En la Sede
 Viajando durante la actividad Acantonamiento Fuera de la Sede
 Actividad Programada Salida Formación
 Actividad NO Programada Servicio Otros

Fecha y Hora del accidente:.....

Lugar:.....

Parte del cuerpo comprometida: /Cabeza /Boca /Dentadura /Ojo /Nariz /Oreja /Rostro

Miembro Superior: /Dedo/s /Mano /Muñeca /Codo /Brazo /Hombro

Torso:

Miembro Inferior: /Dedo/s /Pie /Tobillo /Rodilla /Pierna /Cadera

Tipo de la lesión: / Intoxicación / Quemadura /Traumatismo /Picadura /Mordedura
/Alergia /Torcedura /Hemorragia /Infección /Insolación /Corte /Cuerpo Extraño

Circunstancias del mismo (**Cuando, donde, cómo fue, que paso**)/Tropiezo /Golpe /Caída /Resbala /Corte

.....
.....
.....
.....
.....

1. Todo accidente/incidente tiene que ser Informado, escanear esta ficha y enviar vía mail a (scouts@scouts.org.ar)
2. Cuando corresponda adjuntar Anexo 5.1



SCOUTS DE ARGENTINA ASOCIACION CIVIL

Personería Jurídica Nacional: Res. I.G.J. N°999 del 24/09/1998

CUIT 30-69732250-3 - IVA: Exento

ANEXO 5.1

DENUNCIA DE SINIESTRO – ACCIDENTES PERSONALES

Anexo 5 – Norma CE 004-08

(Marque con un círculo lo que corresponde)

Adjunta: DNI SI / NO - Receta médica SI / NO - Resumen del Medico SI / NO - Tickets de Gastos SI / NO

3. DATOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO

¿El asegurado fue asistido médicamente? En qué fecha y hora.....

Nombre del Servicio Médico y/o Médico Profesional que asistió:

.....

Nombre del médico:

Matrícula: Dirección:

Localidad..... Tel:

El cual refiere el diagnóstico que acompañamos a la presente (adjuntar diagnóstico original firmado)

4. GASTOS ATENCION FARMACEUTICA.

Describir los gastos en que incurrió el asegurado para su atención medico farmacéutica (*acompañar originales de comprobantes de gastos facturas o ticket y las recetas o indicaciones médicas que avalen dichos gastos*)

.....
.....
.....
.....
.....

5. OBSERVACIONES

(Indicar si se adjunta denuncia policial, declaraciones de los testigos u otras)

.....
.....
.....
.....

Firma del Jefe de Grupo o Jefe de Campo

Aclaración:		
DNI	Tel	Celular
e-mail		