



# 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: <b>Scouts de Argentina Asociación Civil</b>

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](mailto: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		