



SCOUTS DE ARGENTINA ASOCIACION CIVIL

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

CUIT 30-69732250-3 - IVA: Exento

DENUNCIA DE SINIESTRO – ACCIDENTES PERSONALES

Anexo 5 – Norma SdA 004-09

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 ☐
Colaborador ☐
Acompañante ☐

Beneficiario:
Castores ☐
Lobato/ezna ☐

Scout ☐
Caminante ☐
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 SdA 004-09

(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 diagnostico que acompañamos a la presente (adjuntar diagnostico 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		