**Scouts Católicos en la Argentina**

**Federación SCA – Alianza de Ideales**

**Rivadavia 415 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**República Argentina**

**Federación.scouts@gmail.com**

**+54 9 223 699-0300**

**www.scoutscatolicos.org**

**1. DATOS DE LA POLIZA Y EL ASEGURADO**

RESERVADO PARA OFICINA DE SCA

Número de Póliza: ......................................................................................

Asegurado: (nombre y apellido completo del accidentado)

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

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

Domicilio del Asegurado:......................................................................................................N°..............................

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

Nombre y Número del Grupo:

…..……………………………………………………………………………………

Diócesis de ……………………………………………………………………………………….

(Tilde los que corresponde)

**Adulto:** **Menor:** Scout

Rama Menor Andinista

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

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

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Scouts Católicos en la Argentina**

**Federación SCA – Alianza de Ideales**

**Rivadavia 415 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**República Argentina**

**Federación.scouts@gmail.com**

**+54 9 223 699-0300**

**www.scoutscatolicos.org**

(Marque con un círculo lo que corresponde)

**Adjunta: DNI SI / NO - Receta médica SI / NO - Resumen del Medico 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***)

**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 | | |