



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 – ACCIDENTE PERSONALES

3. DATOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO

¿ El asegurado fue asistido médicamente ? En que fecha

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		