

CAPÍTULO 7

Gestión de trámites por denuncias de accidentes para el seguro

Procedimiento en Caso de Accidentes

1 OPERATIVIDAD:

- 1.1 Las decisiones deben ser tomadas por el Jefe de Grupo o Jefe de Campo o a quienes estos designen, según el ámbito en donde se desarrolle el accidente.
- 1.2 En ningún caso deben establecerse comunicaciones judiciales o extrajudiciales sin el debido asesoramiento de la Asesoría Legal de *Scouts de Argentina Asociación Civil*.
- 1.3 Hay que contemplar que:
 - a-Al producirse un accidente de cualquier tipo resulta importante mantener la unidad de criterio en el manejo de la situación.
 - b-Debe tenerse en cuenta que en cualquier accidente se esta en una situación de crisis.
 - c-Es importante priorizar el aprovechamiento del tiempo y no caer en discusiones sobre lo que hay que hacer, dando cumplimiento al punto 2 siguiente.

2 RESGUARDAR LA SALUD E INTEGRIDAD FISICA Y EMOCIONAL DEL ACCIDENTADO

- 2.1 La prioridad debe ser el accidentado por lo que deben extremarse las medidas para alejarlo del peligro y ponerlo bajo atención medica .
- 2.2 También debe ponerse a resguardo al resto de los integrantes del Grupo Scout y a todas las personas cercanas.
- 2.3 Una vez puesto bajo atención médica, comunicarse con la familia del accidentado para ponerlos en conocimiento de la situación y que participen de la decisión de los pasos a seguir (traslado, operaciones, etc.)
- 2.4 Acompañar al accidentado en todo momento. En aquellos casos de que miembros de su familia se acerquen hasta donde se haya el accidentado (para hacerse cargo), se deberá mantener comunicación con los mismos y realizar visitas al lugar donde este siendo atendido, para acompañarlo y darles apoyo en lo que necesiten.
- 2.5 Una vez finalizada la emergencia y dado de alta, continuar el seguimiento del accidentado realizando contactos telefónicos y de visita domiciliar.

3 RESGUARDAR A LOS DIRIGENTES RESPONSABLES EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE Y A LA PROPIA ASOCIACION FRENTE A RECLAMOS JUDICIALES.

- 3.1 Comunicar a la Oficina Scout Nacional dentro de las 48 hs de producido el accidente, **haya o no ocasionado gastos farmacéuticos**. Los medios telefónicos Institucionales de comunicación son (011) 4811-0185/2574 durante los horarios de atención de la Oficina Scout Nacional o al (011) 15-4979-9557 (Guardia), indicando:

- 3.1.1 **Del accidentado.** Apellido y Nombre DNI calidad de miembro: beneficiario /activo/ colaborador. Domicilio. Teléfono
- 3.1.2 **Tipo de Lesiones.** Características (esto se da por informe medico)
- 3.1.3 **Del lugar.** Donde ocurrió
- 3.1.4 **Como ocurrió.** Breve relato de la ocurrencia del hecho/accidente.
- 3.2 Completar el formulario de Denuncia de Siniestro – Accidentes Personales **con el informe del medico interviniente**, enviándolo a la Oficina Scout Nacional dentro de las 72 horas, de ocurrido el accidente.
- 3.3 Adelantar dentro de las 48 hs los formularios “Denuncia de Accidente” vía fax (011-4816-8163) y **fotocopia de las paginas 1, 2 y 3 del DNI del accidentado** o copia escaneada por e-mail a scouts@scouts.org.ar en caso de no poder remitir el original en ese plazo.
Se deja constancia que estos formularios serán la base de la denuncia a la Compañía de Seguros.
- 3.4 Cumplido el trámite de remisión de los formularios a la Oficina Scout Nacional, el Jefe de Grupo o Jefe de Campo o quienes éstos designen deben identificar a los testigos tomando nota de sus nombres, direcciones y forma de comunicación, sean o no Scouts.
- 3.5 Los testigos efectuarán descripción del lugar del accidente y sus causas.
- 3.6 Dentro de las 48 hs, el Jefe de Grupo informará al Director de Distrito y al Director de Zona sobre lo ocurrido.

4. DOCUMENTACIÓN A REMITIR A LA OFICINA SCOUT NACIONAL

4.1 Dentro de las 48 horas

Remitir por fax (011-4816-8163) o copia escaneada por e-mail a scouts@scouts.org.ar el formulario de **Denuncia de Siniestro - Accidentes Personales** y **fotocopias de las paginas 1, 2 y 3 del DNI del accidentado**

4.2 Dentro de las 72 horas

- + Remitir originales de los formularios a la Oficina Nacional y las **fotocopias de las paginas 1, 2 y 3 del DNI del accidentado**
- + Detalle de los hechos según los testigos
- + Informe del Jefe de Grupo o Jefe de Campo
- + Informe del médico interviniente
- + Originales de los gastos farmacéuticos (boleta a nombre del accidentado)

4.3 Toda la documentación enunciada en 4.2 deberá estar redactada con letra legible y firmada.



SCOUTS DE ARGENTINA ASOCIACION CIVIL
Personería Jurídica Nacional: Res. I.G.J. N°999 del 24/09/1998
CUIT 30-69732250-3 - IVA: Exento

Pág 1

DENUNCIA DE SINIESTRO – ACCIDENTE PERSONALES

1. DATOS DE LA POLIZA Y EL ASEGURADO

RESERVADO PARA OFICINA SCOUT NACIONAL
Número de Póliza
Fecha de Alta en Nómina.....
Contratante Scouts de Argentina Asociación Civil

Asegurado: (nombre y apellido completo del accidentado)

.....

DNI: (adjuntar fotocopia de las paginas 1, 2 y 3)

Domicilio del Asegurado:

.....

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

Grupo Scout Nro Registro:.....	Distrito	Zona
Nombre.....		

2. DATOS DEL SINIESTRO

Fecha y Hora del accidente:.....

Lugar:.....

Circunstancias del mismo (**Cuando, donde, cómo fue, que paso**):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



SCOUTS DE ARGENTINA ASOCIACION CIVIL

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

CUIT 30-69732250-3 - IVA: Exento

Pág 2

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		