





# 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		