SEGURO SCOUT GUÍAS Y SCOUT DE CHILE
ASEGURADORA MAPFRE

- **CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**

"No cubre tratamiento de enfermedades adquiridas en actividades scout (campamentos, salidas, sesiones en el colegio)".

- **¿Qué hacer en caso de sufrir un accidente?**

- Asistir a un centro de atención de salud pública (hospital, consultorio, posta, etc)
- Pagar todos los tratamientos médicos en forma particular utilizando el sistema de salud que ustedes disponga Fonasa o Isapre.
- Guardar fotocopias y originales de todas las recetas y órdenes médicas.
- Guardar todas las boletas de farmacia y contratos de prestaciones médicas.
- Solicitar al Responsable de Unidad la ficha de "Constancia de Accidente", firmado por el Responsable o Asistente de Grupo.
- Llenar el "Formulario de Accidentes Personales", proporcionado por la aseguradora.
- Entregar "Constancia de Accidente" y "Formulario de Accidentes Personales" a la aseguradora, para abrir expediente. Se le proporcionará un código del caso, llamado "registro de siniestro".
- Adjuntar todos los gastos, a medida que se van realizando, en el caso que el tratamiento sea extenso.

Se puede consultar por el estado del trámite al teléfono: 600 700 4000, Indicando el "registro de siniestro" y número de póliza del seguro.

GUIAS Y SCOUTS DE CHILE
Dirección de Planificación y Gestión

Constancia de accidente en actividad Scout

A. Antecedentes del Responsable

Nombre:_____, RUT:_____

Responsable del Grupo:_____

del Distrito:_____ de la Zona:_____

Certifica que

B. Antecentes del afectado

Nombre:_____, RUT:_____

Cargo (beneficiario o dirigente):_____

C. Antecedentes del Accidente

El día___/___/___ en una actividad scout en el lugar_____

_____

_____

_____

El suscrito deja constancia de que los hechos descritos ocurrieron durante actividad Scout.

_____
Firma del Responsable

	CODIGO
Nº Siniestro	
Liquidador	
Abogado	

MAPFRE | SEGUROS

FORMULARIO RECLAMO ACCIDENTES PERSONALES

POLIZA	ITEM Nº	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	AGENTE Nº

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO (Nombre o Razón Social)	RUT	TELEFONO
ACCIDENTADO (Nombre)	RUT	TELEFONO
En caso de que el accidentado sea alumno de Colegio, señalar APODERADO (Nombre)	RUT	TELEFONO
DIRECCION COMERCIAL ASEGURADO	COMUNA	CIUDAD
DIRECCION PARTICULAR ASEGURADO	COMUNA	CIUDAD

Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Sexo _____ Peso _____ Kgs. Estatura _____

Empleador / Actividad _____ Cargo _____

Funciones del Cargo _____

NORMALMENTE TRABAJO EN: ☐ Oficina ☐ Comercio ☐ Fábrica ☐ Campo ☐ Otro

Deportes, pasatiempos _____

Alguna enfermedad o limitación física _____

Tiene cualquier otro Seguro de Accidentes Personales o de Vida _____

OBSERVACIONES (Siniestros anteriores u otras): Tipo de Previsión

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente (Día / Mes / Año)	Lugar del accidente	Hora del accidente

Describa cómo ocurrió el accidente

Testigos del accidente	Dirección	Teléfono

Indique cuándo comenzó su incapacidad total

DOCTORES CONSULTADOS	NOMBRE	DIRECCION	PRIMERA FECHA CONSULTA Día	Mes	Año

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales o cualesquiera otra institución para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a MAPFRE CIA. DE SEGUROS GENERALES DE CHILE S.A.
Cualquier omisión y/o reticencia en cuanto a la información solicitada y entregada o no en este formulario, o enunciaciones no ajustadas a la verdad, producirán la pérdida del derecho a reclamo correspondiente al presente caso.

FECHA

FIRMA DEL RECLAMANTE

NOTA: EL MEDICO TRATANTE DEBERA COMPLETAR EL CUESTIONARIO DEL REVERSO.

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO O CIRUJANO

Estimado Doctor: Solicitamos a Ud. contestarnos algunas preguntas, indispensables para permitir a vuestro paciente aprovechar los beneficios del seguro. Agradecemos su colaboración.

1 Nombre del Paciente 2 Edad

3 Diagnóstico (Letra clara de imprenta por favor)

4 ¿Cuándo ocurrió el accidente?

Fecha _____ 200 __

5 ¿Cuándo consultó el paciente por primera vez?

Fecha _____ 200 __

6 ¿Provienen los daños a su juicio, del accidente que describe el asegurado?

7 ¿Es Ud. médico habitual de accidentado?

8 ¿Ha atendido Ud. otras veces al paciente? En caso afirmativo, para qué objeto y en qué fechas

9 ¿Tiene Ud. conocimiento de algún hecho anterior en la historia médica del accidentado que pueda haber contribuído al accidente, o que pueda, de algún modo, retardar su mejoría?

10 ¿Podría a su juicio catalogarse como Enfermedad Profesional?

11 OBSERVACIONES

Fecha _____ 200 ___ Firma _____
(Médico o Cirujano)

PARA USO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS SOLAMENTE

	SERVICIO	GASTOS INCURRIDOS				EQUIV. EN U.F.	OBSERVACIONES
		CANT.	COMPL. PREVISION	CANT.	PARTICULAR		
01	CONSULTAS MEDICAS						
02	SERVICIOS HOSPITALARIOS						
03	CIRUGIA - ANESTESIA						
04	VISITAS MEDICAS - HOSP.						
05	RAYOS X - LAB.						
06	PABELLON YESO						
07	GASTOS ESPECIALES						
08	TRATAMIENTO ESPECIAL						
09	FARMACIA						
10	OTROS						
11	OTROS						
12	INCAP. TOTAL TEMPORAL	TOTAL DIAS INCAP.		x UF	TOTAL		
13	INDEM. DIAS HOSPITALIZ.	TOTAL DIAS HOSP.		x UF	TOTAL		
					TOTAL		

OBSERVACIONES: _____

PARIDAD 1UF = $ INDEMNIZAR A:

CODIGO	COBERTURA	COD. REAS.	MONTO	PRIMA
			PRIMA NETA	

DESC. FONASA ☐ DESC. ISAPRE ☐ ATENCION PARTICULAR ☐

FECHA _____

V° B° DEPTO. SINIESTROS

REGISTRO ACCIDENTES O ENFERMEDAD - GRUPO SCOUT SAN AGUSTIN

Unidad:

	Fecha	Hora	Nombre	Actividad que se encontraba desarrollando	Motivo consulta	Posible diagnostico	Tratamiento	Deribado (Enf GSA-Hospital)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								