

Siniestro N° \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI Nro.: \_\_\_\_\_

Sexo: F/M Edad: \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ Horario de la jornada \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**

Denominación: \_\_\_\_\_ PÓLIZA N° \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Pcia.: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

**PRESTADOR AL QUE FUE DERIVADO EL ACCIDENTADO**

Denominación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Pcia.: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Lugar en el que se produjo el accidente: Dentro/Fuera del Establecimiento: \_\_\_\_\_

En el momento del accidente, el accidentado se encontraba bajo la supervisión de la/s siguientes autoridades del establecimiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Circunstancias en las que se produjo la lesión \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico o descripción de la lesión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de la autoridad del Establecimiento

**Centros de atención**

Oficina Comercial  
Laprida y 25 de Mayo (8500) Viedma/Río Negro  
Teléfonos: (02920) 496543

Casa Central  
San Martín N° 442 (8500) Viedma / Río Negro  
Teléfonos: (02920) 496500/ 0800-222-0338

**Visita nuestra web**

[www.horizonte.com.ar](http://www.horizonte.com.ar)  
[info@horizonte.com.ar](mailto:info@horizonte.com.ar)

**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO CORRECTO DEL FORMULARIO DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

**OBJETIVO**

Registrar la solicitud de atención y denuncia del siniestro por parte del Establecimiento Asegurado.

**EMISION**

Los datos deben ser completados por las autoridades del Establecimiento asegurado, en original y duplicado, en letras de imprenta y sin carbónico. La carencia parcial o total de datos en el presente formulario no podrá demorar la atención del accidentado.

**PROCEDIMIENTO**

Lugar: Indicar la ubicación donde ocurrió el accidente.

Fecha: Indicar el día, mes y año en que ocurrió el accidente.

Hora: Indicar la hora en que sucedió el accidente.

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

Apellido y Nombre: Datos de filiación del accidentado, según conste en el documento de identidad.

DNI Nº: Número del documento de identidad.

Sexo: Del accidentado – Encerrar con un círculo lo que corresponda.

Edad: Según conste en el documento de identidad.

Nivel: Escolaridad que esté cumpliendo el alumno, si correspondiere a Educación.

Domicilio: localidad, provincia, código postal y teléfono del accidentado.

**DATOS DEL ASEGURADO**

Denominación: Nombre del Establecimiento y/o Municipio asegurado.

Domicilio: localidad, provincia, código postal y teléfono del Establecimiento y/o Municipio asegurado.

**PRESTADOR AL QUE FUE DERIVADO EL ACCIDENTADO**

Denominación: Nombre del prestador contratado por la Aseguradora, al que se deriva el accidentado.

Domicilio: localidad, provincia, código postal y teléfono del prestador.

**Lugar en el que...:** Encerrar con un círculo lo que corresponda – Se considera fuera, siempre que sean actividades programadas y supervisadas por el Establecimiento y/o Municipio asegurado

**En el momento...:** Indicar Nombre, Apellido y Cargo de la autoridad que corresponda

**Circunstancias en...:** Indicar con precisión el lugar y especificar detalladamente la forma en que ocurrió el accidente.

**NOTA:**

**Original:** Remitir a la Aseguradora con toda la documentación explicitada en los instructivos dentro de las 72 Hs. de ocurrido el accidente, según Art. 46,47 y 48 – Ley 17418 – Ley de Seguros y Condiciones Generales de la Póliza contratada con la Aseguradora.

**Duplicado:** Remitir junto al accidentado al prestador contratado, quién deberá anticiparlo a la Aseguradora mediante:

**Fax al 0800 222 3619 o al siguiente e-mail: [seguroescolar@horizonte.com.ar](mailto:seguroescolar@horizonte.com.ar) –**

**La recepción del mismo no significa aceptación del siniestro.-**