

**ACCIDENTES PERSONALES - SEGURO ESCOLAR**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Alumno accidentado:.....

Tipo y nro. de documento:..... Edad:.....

Fecha del accidente: ..... / ..... / .....

Establecimiento:..... Nivel:.....

Autoridad y/o docente a cargo:.....

"Quien suscribe, en su carácter de autoridad del establecimiento educativo a cargo del alumno accidentado, ha procedido a comunicarle a usted, dada su calidad de adulto responsable del menor, que cuenta con la cobertura de ACCIDENTES PERSONALES - SEGURO ESCOLAR prevista por la Ley N.º 17418, a través de Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A., la cual brinda asistencia médico-farmacéutica hasta el límite establecido en la póliza contratada, en forma gratuita, utilizando su red de prestadores. En razón de ello, se le solicita, en este acto, que firme la aceptación o el rechazo de dicha cobertura en los términos expuestos".

**ACEPTO** la asistencia médico-farmacéutica a través de Horizonte S.A.

Firma:.....

Aclaración:.....

N.º y tipo de doc.:.....

Parentesco:.....

**NO ACEPTO** la asistencia médico-farmacéutica a través de Horizonte S.A.

Firma:.....

Aclaración:.....

N.º y tipo de doc.:.....

Parentesco:.....

Firma y sello del director/docente a cargo del alumno:.....

Lugar y fecha:.....