

Denuncia de siniestro Seguro Escolar

Denuncia de Stro AP REINTEGRO DE GASTOS | Solicitud de Atención – versión 1.0



Poliza	Certificado	Número de siniestro	Sello de entrada

Tomador - Institucion educativa

Apellido y Nombre/Razón Social _____
Tipo y N° de Documento/C.U.I.T./C.U.I.L _____
Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto _____
Localidad _____ Código Postal _____
Provincia _____ Teléfono _____

Asegurado

Apellido y Nombre _____
Tipo y N° de documento/C.U.I.T./C.U.I.L _____ Fecha de nacimiento _____
Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto _____
Localidad _____ Código Postal _____
Provincia _____ Teléfono _____
Horario habitual _____

Información del accidente

Fecha de ocurrencia	Hora
Lugar de ocurrencia	
Dentro del Establecimiento ☐	Fuera del Establecimiento ☐
Otro: ☐	
Descripción del hecho: Acta del accidente	
¿Ha sufrido antes otros accidentes? Si ☐ No ☐	Detallar:

Otros datos del accidente

Testigos que puedan dar fe del hecho ocurrido SI ☐ NO ☐ (tachar lo que no corresponda)

Apellido y Nombre _____ Domicilio _____

Apellido y Nombre _____ Domicilio _____

Apellido y Nombre _____ Domicilio _____

AUTORIDAD A CARGO: _____

El que suscribe, en mi carácter de autoridad de la institución que represento, he procedido a comunicar al adulto responsable (Padre, Madre, Tutor) del accidentado de referencia que cuenta con la cobertura de Accidentes Personales, prevista por la Ley 1748, a través de Horizonte Cía. Arg. de Seg. Grales S.A., la cual brinda Asistencia Médico Farmacéutica hasta la suma asegurada bajo la modalidad prestacional, se solicita en este acto, firme la NO ACEPTACION a través de Horizonte Cía. Arg. de Seg. Grales S.A.

ACEPTO la Asistencia Médico Farmacéutica a través de Horizonte.

Entrega de comprobantes de pago por medio electrónico:

En mi carácter de TOMADOR/ASEGURADO, solicito que la documentación asociada con esta solicitud de reintegro sea entregada electrónicamente a la siguiente dirección correo electrónico: _____

Forma de pago

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización en:

Banco	Número de cuenta
Alias	
CBU	

Firma y Aclaración - Dni – Parentesco

Acta policial SI ☐ NO ☐ (tachar lo que no corresponda)

Datos del acta _____

En caso de muerte accidental

¿Se instruyó sumario policial? SI ☐ NO ☐ (tachar lo que no corresponda) en caso afirmativo indicar:

Localidad _____ Jurisdicción _____ Seccional o Dto. Policial _____

El presente formulario debe ser enviado a la Compañía dentro de las 72 horas de producido el accidente. Para poder dar curso es condición responder a todas las preguntas en forma completa, detallada y precisa, sin dejar ninguna pendiente de respuesta y acompañar –indefectiblemente- fotocopia de **Documento Nacional de Identidad y oportunamente certificado de Alta Médica.**
Coberturas: Muerte \$ \$ 6.000.000,00 – Invalidez \$ 6.000.000,00 Asistencia Médico Farmacéutica Prestacional \$ 3.000.000,00
El denunciante declara expresamente conocer los términos y condiciones del seguro.

Lugar y fecha _____

Firma del Accidentado

Aclaración

Firma del Tomador y/o Beneficiario

Aclaración

Datos a completar por el médico asistente

Agente causante del accidente:

Forma en que el accidentado refiere haber sufrido el accidente:

Sintomatología que refiere a causa del accidente:

Lesiones imputables al accidente:

Localización anatómica:

Lesiones orgánicas, alteraciones funcionales o afecciones anteriores y/o ajenas al accidente:

Localización anatómica

Curación practicada / tratamiento prescripto:

¿El lesionado debe guardar cama?	Si ☐	No ☐	Cantidad de días:
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------

¿Debe internarse?	Si ☐	No ☐	Cantidad de días:
-------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------

Consecuencias que ha tenido o puede tener a raíz del accidente:

Muerte:	Si ☐	No ☐	Incapacidad:	Si ☐	Total ☐	Parcial ☐
---------	--------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Durante el tratamiento ¿Puede seguir trabajando?	Si ☐	No ☐
--	--------------------------	--------------------------

Días de duración:	Días que deberá faltar al trabajo:
-------------------	------------------------------------

Expedido en:	El día:
--------------	---------

Lugar y fecha _____

Firma del Accidentado

Aclaración y Sello del Médico