Denuncia de siniestro Seguro Pasantes

Denuncia de Stro AP PRESTACIONAL | Solicitud de Atención – versión 1.0

horizonte seguros

Poliza	Certificado	Número de siniestro	
			Sello de entrada

Tomador - Institucion educativa

Apellido y Nombre/Razón Social _____

Tipo y Nº de Documento/C.U.I.T./C.U.I.L _____

Calle _____ Nº_____ Piso_____ Dpto_____

Localidad _____ Código Postal _____

Provincia _____ Teléfono_____

Asegurado

Apellido y Nombre _____

Tipo y Nº de documento/C.U.I.T./C.U.I.L _____ Fecha de nacimiento _____

Calle _____ Nº_____ 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	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Nombre del prestador	
¿Ha sufrido antes otros accidentes? Si ◯ No ◯	Detallar:

horizonte seguros

2920-544500 seguroescolar@horizonte.com.ar

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 Medico Farmacéutica hasta la suma asegurada bajo la modalidad prestacional, se solicita en este acto, firme la aceptación a través de Horizonte Cía. Arg. de Seg. Grales S.A.

ACEPTO la Asistencia Médico Farmacéutica a través de Horizonte.

_____

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 $ $ 5.000.000,00 – Invalidez $ 5.000.000,00 Asistencia Medico Farmacéutica Prestacional $ 500.000,00 – Fractura de Huesos $ 1.000.000,00** 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**

2920-544500 seguroescolar@horizonte.com.ar

horizonte seguros

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**