

# Denuncia de siniestro Seguro Escolar

Denuncia de Stro AP REINTEGRO DE GASTOS | Solicitud de Atención – versión 2.0



Poliza	Certificado	Número de siniestro	
			Sello de entrada

**Es obligatoria la presentación de la constancia de atención médica.**

## 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 doc./C.U.I.T./C.U.I.L \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Horario habitual \_\_\_\_\_

## Información del accidente

Fecha de ocurrencia	Hora
Lugar de ocurrencia	
<input type="radio"/> Dentro del Establecimiento	<input type="radio"/> Fuera del Establecimiento
<input type="radio"/> Otro:	
Descripción del hecho: Acta del accidente	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
¿Ha sufrido antes otros accidentes? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	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 17418, 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**  **NO ACEPTO**  la Asistencia Médico Farmacéutica a través de Horizonte.

### En caso de reintegro PRESENTAR:

- Formulario de reintegro firmado por el contratante.
- CBU Bancario.
- Indicaciones médicas.
- Comprobante de pago.

### 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 \_\_\_\_\_

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.**

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

ASEGURADO/ Apellido y Nombre			
Tipo y N° de doc/C.U.I.T./C.U.I.L	Fecha de Nac	Edad	
Agente causante del accidente:			
Forma en que el accidentado refiere haber sufrido el accidente:			
Síntomatología 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 <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Cantidad de días:
¿Debe internarse?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Cantidad de días:
Consecuencias que ha tenido o puede tener a raíz del accidente:			
Muerte:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Incapacidad:
			Si <input type="radio"/>
			No <input type="radio"/>
			Parcial <input type="radio"/>
Durante el tratamiento ¿Puede seguir trabajando?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Días de duración:		Días que deberá faltar al trabajo:	
Expedido en:		El día:	

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma del Accidentado

Aclaración y Sello del Médico