

LA PLATA, 2025

C I R C U L A R N° 0001/ 2025

OBJETO: Seguro Escolar

**AUTORIDADES DEL CONSEJO ESCOLAR
PERSONAL DIRECTIVO Y DOCENTE**

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes, con el objeto de informar que la cobertura del Seguro Escolar es abarcativa a todos los estudiantes regulares, de los distintos niveles de enseñanza dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, que integran las siguientes áreas educativas: Dirección Provincial de Educación Inicial, Dirección Provincial de Educación Primaria, Dirección Provincial de Educación Secundaria, Dirección Provincial de Educación Superior, Dirección de Educación de Jóvenes, Adultos y Adultos Mayores, Dirección de Educación Especial, Dirección de Educación Física, Dirección de Educación Artística, Dirección Provincial de Educación Técnico Profesional, Dirección de Educación Superior de Formación Técnica, Dirección de Formación Profesional, Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social, Dirección de Educación Agraria y de los Establecimientos no oficiales reconocidos por la Dirección Provincial de Educación de Gestión Privada; subvencionados por la Dirección General de Cultura y Educación.

Las autoridades de la Aseguradora Sancor Seguros S.A., mediante Póliza N° 5067946 con vigencia plena a partir del 01/09/2025 han asegurado a los alumnos por los accidentes que puedan ocurrir durante su permanencia en el Establecimiento dentro de los horarios de la actividad educativa, durante su traslado desde y hasta su domicilio, cualquiera sea el medio normal de transporte; como así también todas las actividades formativas que forman parte de la propuesta curricular, las cuales son programadas y coordinadas por la institución; y en participación de actos, paseos, excursiones, desfiles, visitas y pasantías organizadas por y bajo control de las autoridades de los establecimientos.

Es importante tener en cuenta:

***La copia de la salida educativa sólo debe remitirse en caso de ocurrir un accidente adjunta a la documentación del estudiante accidentado, al Consejo Escolar para formar el correspondiente expediente.**

*Que si se gestiona por Gastos de Atención Médica y Farmacéutica no significa, que no pueda paralelamente iniciarse el trámite por posibles secuelas, dependiendo ello de la gravedad de las lesiones causadas inicialmente por el accidente. De no ser necesaria la tramitación posterior, el Departamento Administración y Seguro determinará su archivo.

*Si por alguna razón de fuerza mayor se impidiese cumplimentar la totalidad de la documentación deberá, la autoridad educativa, expresarla por nota.

*Se deberá cumplimentar los requisitos en su totalidad, ya que el envío de la documentación incompleta no otorga celeridad al trámite.

*Toda la documentación agregada debe ser firmada por la autoridad educativa del establecimiento.

*Toda las gestiones deben hacerse diligentemente en virtud que solo existe un año de plazo (a contar a partir de la fecha del accidente), tras lo cual, no es posible hacer trámite alguno, quedando la omisión o demora de presentación bajo responsabilidad de quien corresponda, según se verifique.

*En caso de accidente en una salida educativa agregar a la documentación del estudiante, la misma debidamente conformada.

Los requerimientos para su tramitación ante la “Aseguradora Sancor Seguros S. A.”, se detallan a continuación:

1- INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y FARMACÉUTICA

a- Planilla de Asistencia Médica y Farmacéutica por accidente, confeccionada por las autoridades educativas.

b- Adjuntar copia de Planilla de Responsabilidad Civil de Provincia Seguros S.A.

c- Facturas, recetas y comprobantes originales de gastos a nombres del alumno o persona con derecho a reintegro (padre, madre, tutor o Asociación Cooperadora, Presidente, Tesorero o Secretario) todos ellos avalados por la Autoridad Escolar.

d- Partida de Nacimiento y D.N.I..

e- Certificado de estudiante regular.

f- D.N.I. del beneficiario; en caso de ser la Asociación Cooperadora, se deberá adjuntar el D.N.I. del Presidente, o Tesorero, o Secretario.

g- Cumplimentar Planilla de Giros Bancarios. Asimismo se puede utilizar la Cuenta DNI para el depósito del reembolso. Si los beneficiarios no tuvieran cuenta podrán utilizar la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento o de algún allegado a la familia siempre con aclaración bajo acta.

h- Comprobante de CBU (el mismo puede ser emitido por cajero automático o aplicación bancaria).

i- Alta médica definitiva.

2- INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE O TOTAL Y PERMANENTE:

a- Planilla de Incapacidad Parcial y Permanente o Total y Permanente, confeccionada por autoridades educativas y médico asistente, determinando el grado de incapacidad avalado por el profesional interviniente.

b- Adjuntar copia de Planilla de Responsabilidad Civil de Provincia Seguros S.A.

c- Adjuntar copia de Partida de Nacimiento del accidentado y D.N.I..

d- Certificado de estudiante regular.

- e- D.N.I. del beneficiario; en caso de ser la Asociación Cooperadora, se deberá adjuntar el D.N.I. del Presidente, o Tesorero, o Secretario.
- f- Cumplimentar Planilla de Giros Bancarios. Asimismo se puede utilizar la Cuenta DNI para el depósito del reembolso. Si los beneficiarios no tuvieran cuenta podrán utilizar la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento o de algún allegado a la familia siempre con aclaración bajo acta.
- g- Comprobante de CBU (el mismo puede ser emitido por cajero automático o de aplicación bancaria).

3- SINIESTRO: MUERTE POR ACCIDENTE.

- a- Planilla de Siniestro por Muerte confeccionada por las autoridades educativas y por el profesional médico que intervino a causa del accidente.
- b- Denuncia policial en la que deberá constar día y hora del accidente, adjuntar copia legible.
- c- Partida de defunción del alumno, fotocopia legible.
- d- Certificado de estudiante regular.
- e- Partida de Nacimiento del menor y D.N.I..
- f- D.N.I. del beneficiario; en caso de ser la Asociación Cooperadora, se deberá adjuntar el D.N.I. del Presidente, o Tesorero, o Secretario.
- g- Cumplimentar Planilla de Giros Bancarios. Asimismo se puede utilizar la Cuenta DNI para el depósito del reembolso. Si los beneficiarios no tuvieran cuenta podrán utilizar la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento o de algún allegado a la familia siempre con aclaración bajo acta.
- h- Comprobante de CBU (el mismo puede ser emitido por cajero automático o de aplicación bancaria).

4- De no existir gastos o no aceptar el seguro.

- a- Planilla de asistencia médica y farmacéutica por accidente, confeccionada por autoridades educativas.
- b- Adjuntar copia de la responsabilidad civil de Provincia Seguros S.A.
- c- Partida de Nacimiento y DNI del estudiante.
- e- Certificado de estudiante regular.
- f- Nota firmada por un adulto responsable donde conste que no hubo gastos o que no aceptan el seguro.

**TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE CUMPLIMENTARSE CON LETRA CLARA Y DEBE SER LEGIBLE.
TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ ESTAR AVALADA POR AUTORIDAD ESCOLAR.**

MONTOS ACTUALES DE LAS COBERTURAS (A PARTIR DEL 01/12/2024)

Muerte por accidente.....\$200.000.-

Incapacidad Parcial y Permanente (hasta).....\$ 200.000.-
Incapacidad Total y Permanente (hasta).....\$ 200.000.-
Asistencia Médica y Farmacéutica (hasta).....\$ 80.000.-
Gastos de movilidad y Ortopedia (hasta).....\$ 40.000.-

Los establecimientos educativos deberán remitir la documentación al Consejo Escolar del distrito. El Consejo Escolar del distrito deberá iniciar expediente GDEBA, con los actuados que se remitirán al Departamento Administración y Seguro de la Dirección de Cooperación y Participación Comunitaria para su tramitación.

Cabe aclarar que las acciones prescriben en el plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrido el accidente.

SE REQUIERE QUE ESE ORGANISMO DIFUNDA LA PRESENTE PARA CONOCIMIENTO DE LAS AUTORIDADES DE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS.

DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
SUBDIRECCIÓN DE COOPERACIÓN ESCOLAR (DOCENTE)
DEPARTAMENTO ADMINISTRACION Y SEGURO
Calle 12 y 51, Torre 1, piso 14, La Plata – 1900 –
deptosegyadmin@abc.gob.ar

RESPONSABILIDAD CIVIL ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

DENUNCIA DE SINIESTRO

Nombre del Establecimiento:		
El que suscribe:		
En su carácter de: (cargo)		
Informa la ocurrencia de un accidente cuyas circunstancias y personas afectadas se detallan:		
Apellido y nombre de los Padres /Tutor / Responsable del lesionado:		
Dirección:..... Teléfono:		
Apellido y nombre del lesionado:..... Edad:		
Lesiones sufridas (*):		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
(*) Anotar el aspecto más significativo de la lesión, aclarando si son: excoriaciones o golpes, cortes, fractura etc. Nota: si hubiera más accidentados, sírvase usar otro formulario e indicar /2, /3, etc.		
Forma de ocurrencia del accidente: (lugar, fecha, hora, breve descripción del hecho):		
Indicar la evolución de las lesiones, de saberlo:		
Indique si el lesionado se ha reintegrado al Establecimiento luego del hecho:		
Manifestar si hubo intervención policial, cual ?:(Enviar copia de la denuncia)		
Se llamó al Servicio de emergencia médica: (Enviar copia)		
Existió otra Asistencia Médica:.....Dónde:(Enviar copia)		
Si hubo testigos, anotar sus datos personales (a), domicilio (b), teléfono (c) y su relación con el hecho (d):		
1. a)	b)	c)
d)		
2. a)	b)	c)
d)		
3. a)	b)	c)
d)		
4. a)	b)	c)
d)		
5. a)	b)	c)
d)		
Ocurrió dentro de las Actividades Curriculares o Extracurriculares:		
Horario y Lugar donde se realizaron:		
Por favor anotar al dorso de esta denuncia todo otro dato que juzgue de interés.		
Lugar:	Fecha	Firma y Aclaración

DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE - SEGURO DE VIDA COLECTIVO -
PÓLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A.
Y SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)

Comunicamos a Uds. el fallecimiento del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

Datos a Ser Completados por el Tomador

Apellido y Nombres (I):

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

D.N.I./L.E./L.C./(*):

C.I.:

Edad:

Sexo: F ☐ M ☐

Fecha de nacimiento: / /

Nacionalidad:

Estado civil:

Denominación del tomador:

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

Datos de la póliza:

Número:

Certificado N:

Continuación N

Capital asegurado: \$

Cargo/Profesión:

Lugar del fallecimiento:

Fecha: / /

Hora:

Causa del fallecimiento (2):

Antecedentes a Ser Completados por el Tomador

Al servicio activo desde: / /

Le corresponden haberes hasta: / /

Ultimo día que concurrió al trabajo: / /

Ultimo sueldo de \$ que percibía desde: / /

Abonó primas hasta (4): / /

Fecha de ingreso al seguro (3): / /

En art.21 I de la Ley N20.744 hasta: / /

Fecha de fallecimiento (3): / /

Para seguros de cónyuges:

El asegurado principal modificó su capital el: / / (3)

El asegurado principal se encontraba en servicio a las fechas indicadas en (3): SI ☐ NO ☐

Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente):

Datos de los Beneficiarios a Ser Completados por el Tomador

Apellido y Nombres (**)	Parentesco	Doc. de Identidad (tipo y N)	Fecha de Nacimiento
a)			/ /
b)			/ /
c)			/ /

(**) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben

Domicilio (calle, N, piso, dpto., localidad, provincia, cód. postal) y teléfono	Firma o impresión digital de los beneficiarios (5)
a)	
b)	
c)	

Observaciones

Por este medio el/los beneficiario/s se notifica/n que hasta tanto no se cumplimenten los requisitos que SANCOR SEGUROS solicite como Compañía Piloto, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

IMPORTANTE: si diligenció formulario de designación de beneficiarios o cambio de los mismos deberá adjuntarse al presente.

BENEFICIARIOS CON DOMICILIO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: Le recordamos que de acuerdo a la Ley 14.044 de la Provincia de Buenos Aires, y las Resoluciones 91/2010 y 18/2011, aquellos beneficiarios que posean domicilio en la Provincia de Buenos Aires, tienen la obligación de confeccionar y enviar a la Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires, la Declaración Jurada del Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes (Formulario F.R-550/G), previo a la presentación al cobro del beneficio. El incumplimiento de la obligación impuesta al beneficiario será sancionado según lo dispuesto por la Normativa vigente.

La Cía. Aseguradora deberá exigir a quien corresponda la acreditación del envío de tal declaración.

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(*) Tachar lo que no corresponda

SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO) INFORME
DEL MÉDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad (se ruega completar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas), cuando ésta no figura en el Certificado de Defunción, y en todos los casos en que el deceso sea por suicidio, homicidio o accidente.

Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente

Apellido y Nombres:

Lugar del fallecimiento: Fecha del fallecimiento: / / Hora:

Detallar las causas inmediatas del fallecimiento:

Detallar la última enfermedad padecida por el asegurado:

Detallar otras enfermedades concomitantes:

Causa del fallecimiento: Accidente ☐ Suicidio ☐ Homicidio ☐

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

Lugar y Fecha Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente

IMPORTANTE: el correcto y total diligenciamiento del presente formulario, que deberá remitirse a SANCOR SEGUROS con fotocopia autenticada del certificado de defunción, evitará consultas posteriores y acelerará la eventual liquidación del siniestro.

- (1) Si existieran diferencias de nombres del asegurado o los beneficiarios indicados, con los que figuran en el certificado individual, deberá hacerse notar en "Observaciones" si los nombres corresponden a una misma persona.
- (2) En el caso que la causal de fallecimiento, sea de origen traumático, deberá adjuntarse fotocopia autenticada de la constancia policial o judicial, mediante las cuales relate en forma pormenorizada los hechos que provocaron el deceso del asegurado y aclare expresamente si fue accidente, suicidio u homicidio.
- (3) Seguro de cónyuges: deberán llenarse sólo estos casilleros.
- (4) Llenar en todos los casos.
- (5) Los menores de edad no emancipados por matrimonio, no deben firmar; en tales casos deberá hacerlo su representante legal (padre y madre o tutor judicial, según corresponda); se acompañará certificado de nacimiento del menor, dejándose constancia en Observaciones del apellido y nombres, parentesco y referencia de documento de identidad del representante, con especial mención de la fecha de su nacimiento. Los menores emancipados por matrimonio deberán adjuntar la pertinente Partida de matrimonio.



Buenos Aires ____/____/____

Señores

Sancor Coop. De Seguros Ltda.

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. a fin de solicitarles que el monto que me corresponde percibir por el siniestro N° _____ del cual soy beneficiario, sea depositado en mi cuenta abajo detallada.

Banco (*): _____

Tipo de cuenta:

(marcar el que corresponda)

Caja de Ahorro

Cta. Cte.

Titular/es de la cuenta (*): _____

N° de cuenta (*): _____

N° de CUIT/CUIL (*): _____

CBU (*) (22 dígitos sin espacios ni guiones)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(*) Campos obligatorios.

Dejo constancia que el monto depositado en dicha cuenta lo recibo en concepto de pago total, cancelatorio y liberatorio del importa que corresponda por los siniestros del asegurado _____.

La constancia de la efectiva acreditación en mi cuenta importará recibo de plena conformidad, sin más nada que reclamar por ningún concepto y el desistimiento de la acción y el derecho que pudiera corresponder.

Atentamente.

Firma del asegurado beneficiario

Aclaración: _____

Tipo y N° documento: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE - SEGURO DE VIDA COLECTIVO
PÓLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A.
Y SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)

De acuerdo con las Condiciones de póliza del Seguro de Vida Colectivo, solicito se me conceda la indemnización adicional por pérdidas anatómicas y/o funciona les que taxativamente se indican en la misma producida por accidente, a cuyo fin suministro los siguientes datos:

Datos a Ser Completados por el Asegurado

Apellido y Nombres (I):

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono:

D.N.I./L.E./L.C./(*): C.I.: Edad: Sexo: ☐ F ☐ M ☐

Fecha de nacimiento:/...../..... Nacionalidad: Estado civil:

Entidad/Delegación/Repartición (*) donde prestó o presta servicios:

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

Apellido y Nombres del médico asistente:

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que SANCOR SEGUROS solicite como Compañía Piloto, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración o Impresión Digital (2)

Antecedentes a Ser Completados por el Tomador

Dejamos expresa constancia que nos responsabilizamos de la exactitud de los datos que anteceden y los que se consignan a continuación, y que la firma o impresión digital del recuadro precedente corresponde al solicitante.

Denominación del tomador:

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono:

Datos de la póliza:

Número: Certificado N°: Sucursal donde se contrató la póliza:

Capital asegurado a la fecha del accident e: \$ Cargo/Profesión del asegurado (*):

Al servicio activo desde:/...../..... Le corresponden haberes hasta:/...../.....

Ultimo día que concurrí al trabajo:/...../..... Ultimo sueldo de \$..... que percibía desde:/...../.....

Abonó primas hasta:/...../..... Fecha de ingreso al seguro:/...../.....

Es zurdo: ☐ SI ☐ NO ☐

Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y

los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente):

Observaciones:

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(1) Si existieran diferencias de nombres del asegurado con los que figuran en la Entidad o Certificado Individual, deberá constar en "Observaciones" que los nombres corresponden a una misma persona.

(2) Si no supiera firmar o se hallare impedido de hacerlo, el solicitante

(*) Tachar lo que no corresponde

SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE SOBRE LA INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra, en forma completa sin omitir ninguna respuesta, por el médico que asistió o asiste al asegurado con motivo de la incapacidad denunciada.

Datos del Asegurado a ser Completados por el Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Fecha de ocurrencia del accidente:/...../.....

Descripción de la forma en que ocurrió el accidente: _____

Lesión principal derivada del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): _____

Indicar si la lesión principal fue ajena a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del accidente:

SI ☐ NO ☐

Otras lesiones y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): _____

a)- _____

b)- _____

c)- _____

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del

Accidente: SI ☐ NO ☐

Evolución de las lesiones y secuelas: FAVORABLE ☐ DESFAVORABLE ☐

Observaciones: _____

Indicar el porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas funcionales o amputaciones producidas: _____

Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas (detallar y adjuntar): _____

Indicar si el asegurado padecía alguna afección anterior y ajena al accidente: _____

Diabetes: SI ☐ NO ☐

Hipertensión: SI ☐ NO ☐

Reumatismo: SI ☐ NO ☐

Obesidad: SI ☐ NO ☐

Gota: SI ☐ NO ☐

Adicciones: SI ☐ NO ☐

Otras (detallar) SI ☐ NO ☐

Examen físico :

Auscultación cardíaca normal: SI ☐ NO ☐

Reflejos osteotendinosos normales: SI ☐ NO ☐

Auscultación pulmonar normal: SI ☐ NO ☐

Várices: SI ☐ NO ☐

Hepatomegalia: SI ☐ NO ☐

Tensión arterial: Max: Min:

Psiquismo: NORMAL ☐

ALTERADO ☐

Descripción de anomalías detectadas: _____

Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente – continuación -

Carácter de la incapacidad: PERMANENTE ☒ TRANSITORIA ☐

El accidente se originó en alguna/s de la/s siguiente/s causales:

Intento de suicidio SI ☐ NO ☐

Estado de ebriedad: SI ☐ NO ☐

Influencia de drogas: SI ☐ NO ☐

Culpa grave: SI ☐ NO ☐

Otras (detallar) SI ☐ NO ☐

Observaciones:

Las patologías denunciadas son las únicas de existencia actual que generan la incapacidad, no detectándose otra afección mediante el examen clínico/físico y los estudios complementarios que se adjuntan.

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres:

Matrícula N°:	Nacional ☐	Provincial ☐	Teléfono:
---------------	-----------------------------------	-------------------------------------	-----------

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR ASISTENCIA MÉDICA Y/O
FARMACÉUTICA POR ACCIDENTE - SEGURO ESCOLAR -
PÓLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A. Y SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)

Datos a ser completados por el Establecimiento Escolar

Denominación de la Escuela:

Domicilio (calle, número, localidad, provincia, cód. postal):

Nacionalidad:

Teléfono:

Distrito Escolar:

Estatal: ☐

Privado: ☐

Datos del asegurado a ser completados por el Establecimiento Escolar

Apellido y nombres:

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

D.N.I./L.E./L.C./(*):

C.I.:

Edad:

Sexo:

F

☐

M

☐

Fecha de nacimiento:/...../.....

Nacionalidad:

Teléfono:

Condición del alumno:

Grado/Año(*):

Turno:

Período Escolar:

Detalle del accidente:

Lugar del accidente:

Fecha:/...../.....

Hora:

Detallar las lesiones y secuelas derivadas del accidente:

Datos de los padres, tutor o encargado del asegurado a ser completados por el Establecimiento Escolar

Apellido y nombre del padre:

Doc. de identidad (tipo y n°):

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

Apellido y nombre de la madre:

Doc. de identidad (tipo y n°):

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

Apellido y nombre del tutor/encargado(*):

Doc. de identidad (tipo y n°):

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):

Datos de los beneficiarios a ser completados por el Establecimiento Escolar

Apellido y nombres

Domicilio completo

Doc. de identidad (tipo y n°)

1)

2)

3)

Importe reclamado a indemnizar:

Detallar los comprobantes que conforman el importe reclamado (de ser necesario incluir anexo):

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que SANCOR SEGUROS solicite como Compañía Piloto, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

Firma y aclaración del padre, madre, tutor o encargado

Firma y aclaración del/los beneficiarios

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio de la autoridad escolar

* Tachar lo que no corresponda