

SOLICITUD DE INDEMNIZACION POR ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA POR ACCIDENTE SEGURO ESCOLAR
POLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A. Y CAJA DE SEGUROS S.A. (COMPAÑIA 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./C.I. (*):

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

Edad: _____

Sexo: F M

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 Nombres:

Domicilio (calle, N°, piso, dpto.,etc.)

Doc.de Identidad (tipo y N°)

Padre:

Madre:

Tutor/Encargado (*):

Datos de los Beneficiarios a Ser Completados por el Establecimiento Escolar

Apellido y Nombres:

Domicilio (calle, N°, piso, dpto.,etc.)

Doc.de Identidad (tipo y N°)

a)

b)

c)

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 La Caja como compañía piloto solicite, 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 Beneficiario/s

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Escolar

(* Tachar lo que no corresponde