

San Justo, 12 de Marzo 2020

A Todos los Establecimientos Educativos:

Se les informa que los Accidentes de Alumnos que se envían a modo informativo deben ser presentados con la misma documentación que en caso de reclamar gastos, es decir con las planillas de Sancor Seguros exceptuando la planilla de depósito bancario y DNI del beneficiario.

Asimismo se les recuerda que deben presentarse todos los gastos ocasionados por el accidente y es el ente asegurador quien determinará si corresponde reintegro o no.

En caso de sólo informar el Accidente del Alumno o que los padres no acepten el Seguro Escolar deberá presentar la siguiente documentación:

- Responsabilidad Civil firmada únicamente por el/la directora/a del establecimiento. *RECIBO DE FAX O ENVÍO DE MAIL.*
- Actas descriptivas y toda la documentación que crea necesaria para que quede en claro la situación del accidente.
- Fotocopia de la partida de Nacimiento y DNI del alumno.
- Constancia de alumno regular.
- Alta médica o acta donde el padre autoriza el ingreso y permanencia del menor en el establecimiento.
- En caso que el padre rechace el Seguro anexar acta donde quede sentado el rechazo.

LA PLATA, 01 de enero 2019

CIRCULAR Nº 0001/ 2019

OBJETO: Seguro Escolar

**AUTORIDADES DEL CONSEJO ESCOLAR
PERSONAL DIRECTIVO Y DOCENTE
ASOCIACIONES COOPERADORAS DEL
DISTRITO**

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes, con el objeto de informar que cobertura del Seguro Escolar es abarcativa con respecto de todos los alumnos regulares, a partir de los cuarenta y cinco (45) días de edad y hasta los ochenta (80) años, de las distintas ramas de enseñanza dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, que integran las siguientes áreas educativas: Dirección de Educación Inicial, Dirección de Educación Primaria, Dirección de Educación Secundaria, Dirección Provincial de Formación Docente, Dirección de Educación de Adultos, Dirección de Educación Especial, Dirección de Educación Física, Dirección de Educación Artística, Dirección Provincial de Educación Técnico Profesional, Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social, y de los Establecimientos no oficiales reconocidos por la Dirección 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 Nº 6907593 con vigencia plena a partir del 01/01/2019. Han asegurado a los alumnos por los accidentes ocurridos 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 locomoción; 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 se tenga en cuenta:

* 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 Administrativo y Seguro determinará el archivo.

* Si alguna razón de fuerza mayor impidiese la total cumplimiento deberá, la autoridad educativa, expresarla por nota elevando cuanto hasta ese momento hubiera documentado.

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

- a- Formulario de solicitud de indemnización por gastos de Asistencia Médica y Farmacéutica por accidente, confeccionado por las autoridades educativas.
- b- Acompañar relato del Director o responsable de Turno sobre los hechos que ocasionaron el accidente.
- c- Anexar copia legible de la denuncia policial o exposición civil en la que constará día y hora del accidente o planilla de responsabilidad (PS 407/033) confeccionada por Provincia Seguros S.A., avalada por un Consejero Escolar.
- d- 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 conformados en su reverso por el Director del Establecimiento.
- e- Si el alumno accidentado tuviese cobertura médico-asistencial mediante alguna Obra Social deberá consignarse: nombre de la misma, número de afiliación, identificación y señalar el monto reconocido por dicha Entidad.
- f- Fotocopia de Partida de Nacimiento y D.N.I..
- g- Certificado de alumno regular.
- h- Fotocopia del 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.
- i- Cumplimentar Planilla de Depósito en Cuenta Bancaria y comprobante de CBU. Si los beneficiarios no tuvieran, utilizarán la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento.
- j- Alta médica definitiva.

1- INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y FARMACÉUTICA

continuación:

Los requerimientos para su tramitación ante la "Aseguradora Sancor Seguros S. A.", se detallan a

- * Toda las gestiones deben hacerse diligentemente en virtud que solo existe un año de plazo, tras lo cual, no es posible hacer trámite alguno, quedando la omisión o demora de presentación bajo responsabilidad de quien corresponda, según se verifique.
- * El Ente Asegurador no reconoce gastos por ortopedia; rotura de lentes, de cristales y todo aquello que fuere ocasionado por el accidente.
- * En lo referido a movilidad, el único que reconoce es el primer traslado, del lugar del accidente a donde será atendido el alumno. (siempre con boletas originales B ó C).

2- INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE O TOTAL Y PERMANENTE:

a- Formulario de solicitud de Incapacidad Parcial y Permanente o Total y Permanente, confeccionado por autoridades educativas y médico asistente, determinando el grado de incapacidad el profesional interviniente.

b- Relato de la Directora del Establecimiento o de autoridad responsable del Turno sobre los hechos que ocasionaron el accidente.

c- Anexar copia legible de la denuncia policial o exposición civil en la que constará día y hora del accidente O Planilla de Responsabilidad Civil (PS 407/033) confeccionada por Provincia Seguros

S.A., avalada por un Consejo Escolar.

d- Informe del médico que asiste al alumno a raíz del accidente, determinando si existe incapacidad, de qué tipo es la misma y estableciendo, de ser posible, el porcentaje de la

incapacidad.

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

f- Certificado de alumno regular.

g- Fotocopia del 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.

h- Cumplimentar Planilla de Depósito en Cuenta Bancaria y comprobante de CBU. Si los beneficiarios no tuvieran, utilizarán la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento.

3- SINIESTRO: MUERTE POR ACCIDENTE.

a- Formulario de denuncia de Siniestro por muerte confeccionado por las autoridades educativas y por el profesional médico que intervino a causa del accidente.

b- Relato de la Directora del Establecimiento o de autoridad responsable el Turno sobre los hechos que ocasionaron el accidente o sobre el conocimiento que tuviese de aquellos si hubiera

ocurrido fuera del establecimiento educativo.

c- Denuncia policial en la que deberá constar día y hora del accidente, adjuntar copia legible.

d- Partida de defunción del alumno, fotocopia legible.

e- Certificado de alumno regular.

f- Fotocopia de la Partida de Nacimiento del menor y D.N.I..

g- Fotocopia del 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.

h- Cumplimentar Planilla de Depósito en Cuentas Bancarias y comprobantes de CBU. Si los beneficiarios no tuvieran, utilizarán la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento.

TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR EL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO.

MONTOS ACTUALES DE LAS COBERTURAS (A PARTIR DEL 01/01/2019)

Muerte por accidente.....	\$ 7000.-
Incapacidad Parcial y Permanente (hasta).....	\$ 8000.-
Incapacidad Total y Permanente (hasta).....	\$ 8000.-
Asistencia Médica y Farmacéutica (hasta).....	\$ 3000.-

El trámite se iniciará por intermedio del Consejo Escolar que remitirá los actuados a la DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN ESCOLAR, Departamento Administración y Seguro, las acciones prescriben en el plazo de un (1) año, que se toma desde la fecha de ocurrido el accidente. Señalando además que la documentación debe ingresar debidamente cumplimentada y foliada, no haciéndose responsable esta repartición por extravío, faltante y/o mala enumeración de la misma; y dentro de los 180 días de ocurrido el accidente, como plazo máximo. Asimismo se informa que se reconocen los gastos a partir de un monto mínimo (franquicia) de \$ 50.

EL FAX DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACCIDENTE DE ALUMNOS SE DEBE ENVIAR AL TEL.: (0221) 429-7638 DENTRO DE LAS 48 A 72 HS. DE OCURRIDO EL MISMO Y/O AL MAIL: segurosrc@abc.gob.ar

Y NO AL DE LA DIRECCION DE COOPERACION ESCOLAR (0221) 421-3057, DADO QUE EL MISMO NO EXIME DE DICHA RESPONSABILIDAD A LA AUTORIDAD ESCOLAR.

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

DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN ESCOLAR
DEPARTAMENTO ADMINISTRACIÓN Y SEGURO
Calle 12 y 51, Torre 14, La Plata - 1900
Teléfonos: (0221) 429-5404/64 Int.: 95404
dptossegayadmin@abc.gob.ar

CLAUDIA P. SCHEPES
DIRECTORA
Dir. de Cooperación Escolar
Dir. Prov. de Consejos Escolares
DGC y E

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

Datos a ser completados por el Establecimiento Escolar

Denominación de la Escuela: _____
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

Nacionalidad: _____
Teléfono: _____
Distrito Escolar: _____
Estat: ☐ 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 ☐
Teléfono: _____

Fecha de nacimiento:/...../.....
Nacionalidad: _____
Grado/Año(*): _____
Turno: _____
Período Escolar: _____

Detalle del accidente: _____
Lugar del accidente: _____
Fecha:/...../..... Hora: _____

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

Apellido y nombre del padre: _____
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____
Doc. de identidad (tipo y n°): _____

Apellido y nombre de la madre: _____
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____
Doc. de identidad (tipo y n°): _____

Apellido y nombre del tutor/encargado(*): _____
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____
Doc. de identidad (tipo y n°): _____

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 pliegos 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 de los beneficiarios _____
Firma y Sello Aclaratorio de la autoridad escolar _____

Lugar y Fecha _____
* Tachar lo que no corresponda

DECLARACION JURADA

Para todos los efectos legales derivados de la indemnización a percibir en concepto del Seguro de Vida contratado con Provincia Seguros S.A., a favor de (MENOR) el/los abajo firmante/s manifestamos con carácter de DECLARACION JURADA, que hasta la presente no existe causa abierta en ningún Juzgado Civil a los efectos de tramitar la suspensión o pérdida de la Patria Potestad, como tampoco ha sido suspendida o perdida. Ante la falsedad de lo manifestado, asumo/assumimos la formal obligación de restituir toda suma indebidamente percibida al primer requerimiento que se formule con su pertinente actualización por desvalorización monetaria en caso de corresponder, e intereses legales.

Lugar y Fecha

APELLIDO Y NOMBRES

DEL PADRE:

DE LA MADRE:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FIRMA

FIRMA DEL CERTIFICANTE (*)

(*) DEBE SER FIRMADA POR EL RESPONSABLE DEL AREA DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, O POR EL REPRESENTANTE DEL CONTRATANTE ANTE PROVINCIA SEGUROS S.A., O POR FUNCIONARIO DE PROVINCIA SEGUROS S.A.

Nombre del Establecimiento:		Lugar:	
En su carácter de: (cargo)		Fecha:	
El que suscribe:		Firma y Aclaración:	
Informe la ocurrencia de un accidente cuyas circunstancias y personas afectadas se detallan:			
Apellido y nombre de los Padres / Tutor / Responsable del lesionado:			
Dirección:			
Apellido y nombre del lesionado:			
Edad:			
Teléfono:			
Lesiones sufridas (*):			
Forma de ocurrencia del accidente: (lugar, fecha, hora, breve descripción del hecho):			
Indique la evolución de las lesiones, de saberlo:			
Indique si el lesionado se ha reintegrado al establecimiento luego del hecho:			
Mantener si hubo intervención policial, cual?:			
Se llamó al Servicio de emergencia médica:			
Existe otra Asistencia Médica:			
Si hubo testigos, anotar sus datos personales (a), domicilio (b), teléfono (c) y su relación con el hecho (c):			
1. (a)			
2. (a)			
3. (a)			
4. (a)			
5. (a)			
6. (a)			
7. (a)			
8. (a)			
9. (a)			
10. (a)			
11. (a)			
12. (a)			
13. (a)			
14. (a)			
15. (a)			
16. (a)			
17. (a)			
18. (a)			
19. (a)			
20. (a)			
21. (a)			
22. (a)			
23. (a)			
24. (a)			
25. (a)			
26. (a)			
27. (a)			
28. (a)			
29. (a)			
30. (a)			
31. (a)			
32. (a)			
33. (a)			
34. (a)			
35. (a)			
36. (a)			
37. (a)			
38. (a)			
39. (a)			
40. (a)			
41. (a)			
42. (a)			
43. (a)			
44. (a)			
45. (a)			
46. (a)			
47. (a)			
48. (a)			
49. (a)			
50. (a)			
51. (a)			
52. (a)			
53. (a)			
54. (a)			
55. (a)			
56. (a)			
57. (a)			
58. (a)			
59. (a)			
60. (a)			
61. (a)			
62. (a)			
63. (a)			
64. (a)			
65. (a)			
66. (a)			
67. (a)			
68. (a)			
69. (a)			
70. (a)			
71. (a)			
72. (a)			
73. (a)			
74. (a)			
75. (a)			
76. (a)			
77. (a)			
78. (a)			
79. (a)			
80. (a)			
81. (a)			
82. (a)			
83. (a)			
84. (a)			
85. (a)			
86. (a)			
87. (a)			
88. (a)			
89. (a)			
90. (a)			
91. (a)			
92. (a)			
93. (a)			
94. (a)			
95. (a)			
96. (a)			
97. (a)			
98. (a)			
99. (a)			
100. (a)			

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

RESPONSABILIDAD CIVIL ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Carlos Pellegrini 71 - Piso 5º - Tel. 4346-7300 Int. 712/130 Fax 4331-3887



about:bl:

DENUNCIA DE SINIESTRO - ACCIDENTES PERSONALES
Y SANCOR SEGUROS (COMPANIA PILOTO)
POLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A.

Contratante

Apellido y Nombres o Razon Social: _____

Poliza N°: _____

Coberturas

☐ Muerte ☐ Incapacidad total y/o parcial permanente ☐ Incapacidad temporaria

Accidentado

Apellido y Nombres: _____

Fecha Nac.: / / Fecha de ingreso al seguro: / /

D.N.I./E.L.C.: _____ C.I.: _____ Expedida por: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

Código Postal: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____

Detalle del Siniestro

Lugar de ocurrencia: _____ Fecha: / / Hora: _____

¿Se insurrió sumario policial? _____ En caso afirmativo, ¿dónde?: _____

Forma en que ocurrió: _____

¿Se produjo una invalidez permanente? ¿Cuál?: _____

¿Se produjo una invalidez temporaria? ¿Cuál?: _____

Consecuencias

Firma del Contratante: _____

Fecha: / / Hora: _____

Firma del Asegurado: _____

¿Se produjo el deceso? _____

Datos de los Beneficiarios

Apellido y Nombres _____ Parentesco _____ Doc. de Identidad (tipo y N°) _____ Fecha de Nacimiento _____

a) _____ b) _____ c) _____ d) _____

a) _____ b) _____ c) _____ d) _____

a) _____ b) _____ c) _____ d) _____

a) _____ b) _____ c) _____ d) _____

Domicilio (calle, N°, piso, apto., localidad, provincia, cód. postal) y teléfono _____

Firma _____

a) _____ b) _____ c) _____ d) _____

a) _____ b) _____ c) _____ d) _____

a) _____ b) _____ c) _____ d) _____

Forma de Pago

- ☐ Cheque para enviar a Delegación
☐ Cheque a retener en Provincia Seguros S.A.

- ☐ Transferir a: Sucursal: N°:
☐ Acreditar en: Cta. Cte. N°: / C.A. N°: N°:

NOTA: Cuando se trate por reclamos por incapacidades se deberá adjuntar el diagnóstico del médico interviniente y denuncia policial. Si posee cobertura de asistencia médica-farmacéutica deberá remitir:

1) Para Prestaciones médicas, consultas y prácticas:
a- Recibo oficial de pago que cumpla con las exigencias de la D.G.I., emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional y los datos del asegurado;
b- Orden médica por pedido de estudios y diagnóstico.
2) Para medicamentos:
a- Factura o ticket oficial de pago;
b- Prescripción médica;
c- Troqueles correspondientes a cada medicamento.

En caso de fallecimiento, adjuntar el certificado de defunción, denuncia policial y toda documentación inherente al accidente.

Lugar y Fecha

SANCOR SEGUROS (COMPAÑIA PILOTO)	INFORME DEL MÉDICO ASISTENTE DEL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL
----------------------------------	--

☐ Datos Personales del Asegurado

Apellido y Nombres	
--------------------	--

Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento
------------------------	---------------------

Fecha de Nacimiento

Características y Recomendaciones	
-----------------------------------	--

Características y Recomendaciones	
-----------------------------------	--

Downloaded from ascelibrary.org by University of California, San Diego on 06/01/15. Copyright ASCE, For All Rights Reserved, No part of this document may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from ASCE.

Denominación del diagnóstico de Certeza	
---	--

Fecha de inicio de la enfermedad	
----------------------------------	--

Example 1.15

Se realizó examen	Fecha	Observación (1)
-------------------	-------	-----------------

Fecha	Observación (1)

Observación (1)

Semiología objetiva (signos patológicos) correspondiente a este diagnóstico y constatada por el profesional

Analisis y Estudios Complementarios Confirmatorios de este Diagnostico

Se realizaron análisis y estudios	Fecha	Observación (2)
-----------------------------------	-------	-----------------

Fecha	Observación (2)
-------	-----------------

Observación (2)

Estudio	Fecha del informe	Matrícula del profesional informante	Adjunta copia informe
---------	-------------------	--------------------------------------	-----------------------

Fecha del informe	Matrícula del profesional informante	Adjunta copia informe
-------------------	--------------------------------------	-----------------------

Matrícula del
esional informante

Adjunta copia informe

[illegible]

☐ ON
 ☐ IS
 2

☐ ON ☐ IS

4

☐ ON
 ☐ IS

☐ ON ☐ JS

☐ ON
 ☐ JS
 7

☐ ON ☐ JS

☐ ON ☐ JS 6

☐ ON ☐ JS

Visto del Médico Diagnosticante	
---------------------------------	--

Tratamiento recibido para este diagnóstico Recibe tratamiento ☐ Desde (Fecha) _____ No recibe tratamiento ☐		Tipo de tratamiento _____		Institución o profesional tratante _____	
Historia Clínica Adjunta Historia Clínica ☐ No adjunta Historia Clínica ☐ No existe Historia Clínica ☐					
Medicación recibida por este diagnóstico Recibe Medicación ☐ Observación (3) _____					
Nombre farmacológico de la droga Dosis Diaria					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Datos del médico diagnosticante y Certificación del Diagnóstico		Datos Personales del Asegurado			
Apellido y Nombres _____		Apellido y Nombres _____			
N° de Matrícula _____		Domicilio _____			
Jurisdicción de la Matrícula _____ Fecha _____		Certificado haber arribado al presente diagnóstico de certeza y tomo conocimiento de que cualquier falsedad o tergiversación en que pudiese incurrir se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal de la República Argentina.			
Firma _____		Aclaración Manuscrita _____ Sello Profesional _____			
Tipo y N° de Documento		Fecha de Nacimiento			