

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