

LA PLATA, 2024

C I R C U L A R N° 0001/ 2024

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, a partir de los cuarenta y cinco (45) días de edad y hasta los ochenta (80) años, 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 01/06/2024 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 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 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.

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, aplicación Cuenta DNI o aplicaciones de otros bancos).
- 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, aplicación Cuenta DNI o aplicaciones de otros bancos).

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, aplicación Cuenta DNI o aplicaciones de otros bancos).

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 01/03/2023)

Muerte por accidente.....	\$80.000.-
Incapacidad Parcial y Permanente (hasta).....	\$ 80.000.-
Incapacidad Total y Permanente (hasta).....	\$ 80.000.-
Asistencia Médica y Farmacéutica (hasta).....	\$ 32.000.-
Gastos de movilidad y Ortopedia (hasta).....	\$ 16.000.-

Los establecimientos educativos deberán remitir la documentación al Consejo Escolar del distrito. El Consejo Escolar del distrito deberá iniciar por expediente GDEBA, los actuados 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
DEPARTAMENTO ADMINISTRACION Y SEGURO
Calle 12 y 51, Torre 1, piso 14, La Plata – 1900 –
deptosegyadmin@abc.gob.ar



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2024 - Año del 75° Aniversario de la gratuidad universitaria en la República Argentina

**Hoja Adicional de Firmas
Pliego**

Número:

Referencia: CIRCULAR SEGURO ESCOLAR 2024

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE GOBIERNO BS.AS.,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715124234
Date: 2024.05.20 13:13:32 -03'00'

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE
GOBIERNO BS.AS., ou=SUBSECRETARIA DE
GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715124234
Date: 2024.05.20 13:13:33 -03'00'

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

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

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: _____

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 (1): _____
 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 se encontraba en servicio a las fechas indicadas en (3): SI NO
 El asegurado principal modificó su capital el: / / (3) _____
 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
 (*) Tachar lo que no corresponda

 Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

El asegurado podrá solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067) Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 en el horario de 12.30hs a 18.30hs. Podrá consultar vía Internet a la siguiente dirección http://www.ssn.gov.ar
 El N° de Certificado será comunicado luego de la aprobación de la solicitud.
 La presente declaración producirá efectos sobre siniestros futuros y complementa, y en caso de contradicción deja sin efecto, a cualquier solicitud y/o designación de beneficiarios previa a la misma.

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.

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 funcionales 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 (1): _____

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 accidente: \$ _____ | Cargo/Profesión del asegurado (*): _____

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

Ultimo día que concurrió 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

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

Contratante

Apellido y Nombres o Razón Social: _____
 Póliza 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./L.E./L.C.: C.I.: Expedida por: _____
 Domicilio: Calle: N°: Localidad: _____
 Código Postal: Provincia: Teléfono: _____
 E-mail: _____

Detalles del Siniestro

Lugar de ocurrencia Fecha: / / Hora: _____
 ¿Se instruyó sumario policial? En caso afirmativo, ¿dónde?: _____
 Forma en que ocurrió: _____

Consecuencias

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

.....
 Firma del Contratante

.....
 Firma del Asegurado

¿Se produjo el deceso? Fecha: / / Hora: _____

Datos de los Beneficiarios

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

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, cód. postal) y teléfono	Firma
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°:/....
Radicada en Sucursal: 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 médico-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