

La Matanza – “Ciudad del aprendizaje de la UNESCO”

“Año de los Derechos Humanos por la Memoria, la Verdad y la Justicia.

A 50 años del Golpe cívico militar”

DIRECCIÓN GENERAL DE
CULTURA Y EDUCACIÓN



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES



Consejo Escolar
La Matanza

La Matanza, 02 de Julio del 2026.

COMUNICADO 074/2026

Gestión de trámite por accidentes de alumnos y Nuevos montos por seguros escolares.

A los equipos directivos:

Este consejo escolar informa el procedimiento a seguir ante un accidente de un estudiante y los pasos a seguir para gestionar el trámite correspondiente. En caso de producirse, la institución deberá remitir La planilla de Responsabilidad Civil dentro de las 48 hrs ocurrido el accidente. Al siguiente correo: segurosrc@abc.gob.ar

Toda la documentación requerida de acuerdo a la circular vigente se remite al Consejo Escolar en formato papel de manera presencial.

(Cabe aclarar que todos los accidentes de alumnos deben ser tramitados)

Se adjunta circular 0001/2026, planillas he instructivo para la conformación de Cada legajo a tramitar.

Para consultas dirigirse al siguiente Mails.

accidentesdealumnoslamatanza@gmail.com

Alejandro Fabio Sosa

Presidente

Consejo Escolar de La Matanza

LA PLATA, 2026

C I R C U L A R N° 0001/ 2026

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 01/07/2026 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.**

*Si se gestiona por Gastos de Atención Médica y Farmacéutica no significa, que no pueda paralelamente iniciarse el trámite por posibles secuelas.

*Una vez concluido el trámite, de no ser necesario posterior reclamo de documentación, 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 estudiante 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..del estudiante

e- Certificado de estudiante regular.

f- D.N.I. del beneficiario; (titular de la cuenta bancaria) 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 solo con los datos del titular de la cuenta bancaria. 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.. del estudiante.

d- Certificado de estudiante regular.

- e- D.N.I. del beneficiario (titular de la cuenta bancaria); 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, solo con los datos del titular de la cuenta bancaria. 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 estudiante, legible.
- d- Certificado de estudiante regular.
- e- Partida de Nacimiento del estudiante y D.N.I..
- f- D.N.I. del beneficiario (titular de la cuenta bancaria); 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 solo con los datos del titular de la cuenta bancaria. 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 01/07/2026)

Muerte por accidente.....\$300.000.-

Incapacidad Parcial y Permanente (hasta).....	\$ 300.000.-
Incapacidad Total y Permanente (hasta).....	\$ 300.000.-
Asistencia Médica y Farmacéutica (hasta).....	\$ 120.000.-
Gastos de movilidad y Ortopedia (hasta).....	\$ 60.000.-

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



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2026 - "Año de los Derechos Humanos por la Memoria, la Verdad y la Justicia. A 50 años de la última
Dictadura cívico militar"

**Hoja Adicional de Firmas
Pliego**

Número:

Referencia: CIRCULAR 0001/2026 Seguro Escolar

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: 2026.06.30 10:38:24 -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: 2026.06.30 10:38:25 -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: _____

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