

**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 , registraré 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