

## SEGURO ACCIDENTES A ESCOLARES

### DENUNCIA DE ACCIDENTE

PÓLIZA N° ..... SINIESTRO N° .....

Escuela ..... Teléfono .....

Calle ..... N° ..... Localidad ..... Departamento .....

Apellido y Nombre del Alumno .....

Domicilio ..... Calle ..... N° ..... Localidad .....

Curso que representa ..... Edad .....

Apellido y Nombre de sus Padres o Representantes Legales .....

#### CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Cuenta con Obra Social ..... Especificar .....

Día ..... Mes ..... Año ..... Hora .....

Lugar donde ocurrió .....

Circunstancias en que se produjo: (explicar detalladamente) .....

Detalle de la lesión: .....

¿Hubo testigos del accidente? .....

Nombres y Apellidos .....

Domicilios respectivos .....

¿Se instruyó sumario policial? .....

¿A qué autoridad fue elevado? (si es Juez indíquese también Secretaría) .....

¿Quién es el denunciante? (Padre, Representante Legales, Directos, etc.) .....

Apellido y Nombre .....

Domicilio del Denunciante .....

Firma del Director/a ..... Teléfono .....

Lugar y Fecha .....

**NOTA:** Este formulario debe remitirse junto con el **INFORME MÉDICO**, si se contara con él, inmediatamente de producido el siniestro.