

SOLICITUD DE INDEMNIZACION POR ASISTENCIA MEDICA Y/O FARMACEUTICA POR ACCIDENTE  
SEGURO ESCOLAR

**Datos a Ser Completados por el Establecimiento Escolar**

|                                                               |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Denominación de la Escuela:                                   |                                                                   |
| Domicilio (calle, número, localidad, provincia, cód. postal): |                                                                   |
| Nacionalidad:                                                 | Teléfono:                                                         |
| Distrito escolar:                                             | Estatul <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> |

**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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| 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 solicite, 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 Beneficiario/s         |
| Lugar y Fecha                                          | Firma y Sello Aclaratorio de la Autoridad Escolar |

(\*) Tachar lo que no corresponde