

SEGURO ESCOLAR
SOLICITUD DE INDEMNIZACION
POR ASISTENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA, POR ACCIDENTE



| | |
|-------|-------|
| LUGAR | FECHA |
| | |

1. ESTABLECIMIENTO

| | | | |
|--------------------------------|------------------|---------------------|----------|
| NOMBRE | | | |
| | | | |
| ESCUELA N° | DISTRITO ESCOLAR | ESTATAL/PRIVADO (1) | |
| | | | |
| DOMICILIO (Calle y Número) | | | |
| | | | |
| LOCALIDAD | COD. POSTAL | PROVINCIA | TELEFONO |
| | | | |
| AUTORIDAD ESCOLAR CERTIFICANTE | | | |
| | | | |

2. DETALLES DEL ACCIDENTE

| | | |
|--------------|-------|------|
| LUGAR | FECHA | HORA |
| | | |
| COMO OCURRIO | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. ALUMNO ACCIDENTADO

| | | | | | | | | | |
|---|--------|---------|------------------|-----------------|-----|--|---------------|------|--|
| APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| TIPO DOCUMENTO (1) | NUMERO | POLICIA | FECHA NACIMIENTO | | | | NACIONALIDAD | SEXO | |
| | | | DIA | MES | ANO | | M | F | |
| DOMICILIO (CALLE, NUMERO, PISO, DEPARTAMENTO) | | | | | | | TELEFONO | | |
| | | | | | | | | | |
| LOCALIDAD | | | | PROVINCIA | | | CODIGO POSTAL | | |
| | | | | | | | | | |
| CONDICION DEL ALUMNO | | GRADO | TURNO | PERIODO ESCOLAR | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| LESIONES EMERGENTES DEL ACCIDENTE (2) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES DE ACCIDENTES ANTERIORES (3) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |