SEGURO DE ACCIDENTES A ESCOLARES

instituto del Seguro de Entre Ríos

Denuncia de accidente

PÓLIZA Nº_____ SINIESTRO Nº_____

Escuela_____ Teléfono_____

Calle_____ Nº_____ Localidad_____ Departamento_____

Apellido y Nombre del Alumno _____

DNI o Cuil_____ Calle_____ Nº_____ Piso_____ Dpto_____

Localidad_____ Provincia_____ CP_____ Curso que representa_____ Edad_____

Apellido y Nombre de sus Padres o Representantes Legales_____

_____

Cuenta con Obra Social_____ Especificar_____

_____

Circunstancias en que ocurrió el accidente

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, Representantes 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 de contara con él, inmediatamente de producido el siniestro.