

MODELO DE FORMULARIO DE DENUNCIA POR MAIL

ASEGURADO: MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

- POLIZA ACCIDENTES PERSONALES – N° 5030-9541147-01
- PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL – N° 5030-0172266-01

FECHA DEL SINIESTRO/...../..... HORA MINUTOS.....

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS: (Detalle pormenorizado de los hechos)

.....
.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO ACCIDENTADO:

DNI:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO DEL ALUMNO

Calle y nro:

Localidad y CP:

Mail de familiar a cargo:

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO AL QUE PERTENECE ALUMNO:

Nombre de establecimiento educativo y nro:

Calle y nro:

Localidad y CP:

Mail del establecimiento:

¿DONDE OCURRIÓ EL EVENTO? Dentro del establecimiento educativo

SI NO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

LUGAR OCURRENCIA DEL ACCIDENTE :

SI ES OTRO LUGAR (Por ejemplo: Club, Campo de Deportes donde se realiza gimnasia) Informar:

DOMICILIO-LOCALIDAD (calle, n°, localidad, código postal)

.....

SE INCURRIO EN GASTOS MEDICOS ¿

SI NO (tachar lo que no corresponde y en caso afirmativo especificar que gasto y y si cuenta con facturas)

DATOS DE CONTACTO

- Del Establecimiento Educativo: Nombre, Apellido, DNI, cargo, email.

- De los Padres del alumno: Nombre, Apellido, DNI, dirección, email, teléfono.

DOCUMENTACION OBLIGATORIA A ADJUNTAR:

- **Constancia de alumno regular**
- **Toda otra documentación que se considere inherente al accidente**

Necesitamos que nos informen: ¿si van a presentar reclamo por gastos médicos y/o farmacéuticos?

Lugar y fecha de denuncia: