

CAJA DE SEGURO DE VIDA S.A.

FORMULARIO 315 "SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR ASISTENCIA MÉDICA Y/O FARMACEÚTICA 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:	ESTATAL <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):			
DNI / CI (*)	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 Completado 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 p/reintegro de los gastos, 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 PADRES	FIRMA BENEFICIARIOS
..... de de
(*) Tachar lo que no corresponde	CERTIFICACIÓN ESCOLAR