

ACCIDENTES PERSONALES-Seguro Escolar **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Alumno accidentado:.....
Tipo y N° de Documento:..... **Edad:**.....
Fecha del accidente:..... / /
Establecimiento Educativo:..... **Nivel:**.....
Autoridad y/o Docente a cargo:.....

El que suscribe en mi carácter de autoridad del Establecimiento educativo a cargo del alumno/a, he procedido a comunicar al adulto responsable (Padre/Madre/Tutor), del accidentado de referencia, que cuenta con la cobertura de ACCIDENTES PERSONALES-Seguro Escolar, prevista por la Ley 17418, a través de HORIZONTE - Compañía Argentina de Seguros Generales S.A., la cual brinda asistencia médico-farmacéutica hasta lo establecido en la póliza contratada, en forma gratuita, utilizando la red de prestadores de la misma. Por lo que solicito en este acto, firme la aceptación o la no aceptación, de la atención del menor bajo la asistencia de HORIZONTE S.A.

ACEPTO la asistencia médico-farmacéutica a través de HORIZONTE S.A.

Firma.....
Aclaración.....
N° y Tipo de Doc.....
Parentesco:.....

NO ACEPTO la asistencia médico-farmacéutica a través de HORIZONTE S.A.

Firma.....
Aclaración.....
N° y Tipo de Doc.....
Parentesco:.....

Firma y Sello del Director/Docente a cargo del Alumno:.....

Lugar y Fecha:.....