

## SOLICITUD DE ATENCIÓN / DENUNCIA DE SINIESTRO

Anticipar la denuncia a:  
seguroescolar@horizonte.com.ar

Fecha del accidente: ..... / ..... / ..... Localidad: ..... Hora: .....

**Datos del alumno:** Turno al que concurre: .....

Apellido y nombre: ..... DNI N.º: .....

Sexo: F/M Edad: ..... Nivel: ..... Domicilio: .....

Localidad: ..... Tel.: ..... Horario de la jornada: .....

**Datos de la escuela o la institución asegurada:** **E-mail:** .....

Denominación: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Pcia.: ..... CP.: ..... Tel.: .....

**Prestador al que fue derivado el alumno:**

Denominación: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Pcia.: ..... CP.: ..... Tel.: .....

Solicitamos brinden asistencia médica al alumno arriba indicado, quien ha sufrido un accidente en el establecimiento educativo citado precedentemente o mientras desarrollaba la actividad señalada más abajo.

**Lugar en el que se produjo el accidente:** Dentro/Fuera del establecimiento.

En el momento del hecho, el accidentado se encontraba bajo la supervisión de la o las siguientes autoridades del establecimiento: .....

**Circunstancias en las que se produjo la lesión:** .....

**Diagnóstico o descripción de la lesión (a llenar por el médico o profesional actuante):**

.....  
Firma y sello de la autoridad / Institución / asegurado



horizonte  
seguros

Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A.  
www.horizonte.com.ar

REMITIR A HORIZONTE

POLIZA Nº:

## ACCIDENTES PERSONALES FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apellido y Nombre del accidentado: .....

Tipo y Nro. de Documento: ..... Edad: .....

Fecha del accidente: ..... / ..... / .....

**CONTRATANTE DE LA POLIZA:** ..... Nivel: .....

**AUTORIDAD A CARGO:** .....

El que suscribe, en mi carácter de autoridad de la institución que represento, he procedido a comunicar al adulto responsable (Padre/Madre/Tutor), del accidentado de referencia, que cuenta con la cobertura de ACCIDENTES PERSONALES, prevista por la Ley 17418, a través de HORIZONTE - Compañía Argentina de Seguros Generales S.A., la cual brinda asistencia médico farmacéutica hasta la suma asegurada de la modalidad **POR REINTEGRO** por lo que solicito en este acto, firme la **aceptación o la no aceptación**, a través de Horizonte Cia. Argentina de Seguros.

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

Firma .....

Aclaración .....

Nro.y Tipode Doc .....

Parentesco: .....

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

Firma .....

Aclaración .....

Nro.y Tipode Doc .....

Parentesco: .....

Firma y sello de la autoridad a cargo: .....

Lugar y Fecha: .....



horizonte  
seguros

Horizonte Compañía Argentina de Seguros Generales S.A.  
www.horizonte.com.ar

STRO. Nº

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## FORMULARIO REINTEGRO DE GASTOS - ACCIDENTES PERSONALES

### Datos del Accidentado:

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ DNI. Nro.: \_\_\_\_\_

### Datos de la Institución o Asegurado:

Nº de Póliza: \_\_\_\_\_

Denominación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Loc.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

### Destinatario del Reintegro:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI. Nro.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Loc.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nº	Detalle de Comprobantes	Importe
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
	<b>Total a reintegrar en Letras:</b>	<b>Total:</b>
		\$

Firma y Sello de la Autoridad / Institución / Asegurado

**Nota:** Se deberá adjuntar originales de comprobantes de gastos y completar los datos del destinatario del reintegro.