

ACCIDENTES PERSONALES  
DENUNCIA DE SINIESTROS

CONTRATANTE

|                                         |                 |
|-----------------------------------------|-----------------|
| Apellido y Nombres o Razón Social:..... | Póliza N° ..... |
|-----------------------------------------|-----------------|

COBERTURAS:

|                                                             |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Muerte:..... <input type="checkbox"/>                       | Incap. Total y/o Parcial Permanente..... <input type="checkbox"/> |
| Asist. Médico - Farmacéutica:..... <input type="checkbox"/> | Incapacidad Temporal..... <input type="checkbox"/>                |

ACCIDENTADO:

|                                    |                                             |
|------------------------------------|---------------------------------------------|
| Apellido y Nombres:.....           | Fecha Ingreso al Seguro:...../...../.....   |
| Fecha Nacimiento:...../...../..... |                                             |
| DNI/LE/ LC - N°.....               | Cédula Identidad N°..... Expedida por:..... |
| Domicilio: Calle..... N°.....      | Localidad:.....                             |
| Código Postal:..... Pcia:.....     | Teléfono:..... E-Mail:.....                 |

DATOS DEL ACCIDENTE

|                                                                       |            |             |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| Fecha:...../...../.....                                               | Hora:..... | Lugar:..... |
| ¿Se instruyó sumario policial?..... En caso afirmativo, ¿Dónde? ..... |            |             |
| Forma en que ocurrió.....                                             |            |             |

CONSECUENCIAS:

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| ¿Se produjo una invalidez permanente? ¿Cuál? ..... |
| ¿Se produjo una invalidez temporal? ¿Cuál? .....   |

FIRMA DEL CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO

|                             |                         |            |
|-----------------------------|-------------------------|------------|
| ¿Se produjo el deceso?..... | Fecha:...../...../..... | Hora:..... |
|-----------------------------|-------------------------|------------|

BENEFICIARIOS:

| APELLIDO Y NOMBRES | PARENTESCO | TIPO | N° DE DOCUMENTO | FECHA NACIMIENTO |
|--------------------|------------|------|-----------------|------------------|
|                    |            |      |                 |                  |
|                    |            |      |                 |                  |
|                    |            |      |                 |                  |
|                    |            |      |                 |                  |

DOMICILIO DE LOS BENEFICIARIOS:

| CALLE - N° - CODIGO POSTAL - LOCALIDAD - PROVINCIA | N° TELEFONO | FIRMA |
|----------------------------------------------------|-------------|-------|
|                                                    |             |       |
|                                                    |             |       |
|                                                    |             |       |
|                                                    |             |       |

FORMA DE PAGO: (\*) Marcar lo que corresponda

|                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cheque para enviar a Delegación                                                   |
| <input type="checkbox"/> Cheque a retener en Provincia Seguros S.A.                                        |
| <input type="checkbox"/> Transferir a: Sucursal ..... N° .....                                             |
| <input type="checkbox"/> Acreditar en: Cta. Cte. N° ..... C.A. N° ..... Radicada en Sucursal..... N° ..... |

**NOTA:** Cuando se trate de reclamos por incapacidades se deberá adjuntar el diagnóstico del médico interviniente y denuncia policial. Si posee cobertura de asistencia médico-farmacéutica deberá remitir:

**1) Para prestaciones médicas, consultas y prácticas:** a) Recibo oficial de pago que cumpla con las exigencias de la D.G.I., emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional y los datos del Asegurado. b) Orden médica por pedido de estudios y diagnóstico.

**2) Para medicamentos:** a) Factura o ticket oficial de pago, b) Prescripción médica, c) Troqueles correspondientes a cada medicamento.

En caso de fallecimiento, adjuntar el certificado de defunción, denuncia policial y toda documentación inherente al accidente

Lugar y fecha..... de ..... de 20.....

DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO:   
 DOMICILIO:  TELÉFONO:   
 DNI:  CUIT / CUIL:   
 UBICACIÓN DEL RIESGO:  TELÉFONO:   
 NÚMERO DE PÓLIZA:  NÚMERO DE CLIENTE:  RAMO:

DATOS DEL SINIESTRO

FECHA DEL SINIESTRO: \_\_ / \_\_ / \_\_ FECHA DE DENUNCIA: \_\_ / \_\_ / \_\_

LUGAR DE OCURRENCIA:

DESCRIPCIÓN DEL HECHO:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

NÚMERO DE SINIESTRO:  (Para ser completado por el Agente de Siniestros Seguros Generales)

DATOS DEL TERCERO (Completar en caso de existencia de Terceros en el hecho)

NOMBRE Y APELLIDO DEL TERCERO:   
 DNI DEL TERCERO:  CUIT / CUIL DEL TERCERO:   
 DOMICILIO:   
 TELÉFONO:   
 COMPAÑÍA ASEGURADORA DEL TERCERO:  NÚMERO DE PÓLIZA:

DESCRIPCIÓN DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA A LA PRESENTE DENUNCIA ADMINISTRATIVA

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Modalidad de Pago

☐ C.B.U. N°   
☐ Interdepósito: (solo para sucursales del Banco Pcia de Bs As)  
 Suc:  Tipo Cta:  N° Cuenta:  Titular:   
☐ Cheque a nombre del asegurado a retirar por Tesorería.  
☐ Transferencia sobre Sucursal: (solo para sucursales del Banco Pcia de Bs As)  
 Sucursal:  Beneficiario:  DNI / CUIT:

LUGAR Y FECHA: .....

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACIÓN

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

**SEGURO ESCOLAR**  
**SOLICITUD DE INDEMNIZACION**  
**POR ASISTENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA, POR ACCIDENTE**

**PROVINCIA Seguros**

|       |       |
|-------|-------|
| LUGAR | FECHA |
|       |       |

**1. ESTABLECIMIENTO**

|                                |                  |           |                     |
|--------------------------------|------------------|-----------|---------------------|
| NOMBRE                         |                  |           |                     |
|                                |                  |           |                     |
| ESCUELA N°                     | DISTRITO ESCOLAR |           | ESTATAL/PRIVADO (1) |
|                                |                  |           |                     |
| DOMICILIO (Calle y Número)     |                  |           |                     |
|                                |                  |           |                     |
| LOCALIDAD                      | COD. POSTAL      | PROVINCIA | TELÉFONO            |
|                                |                  |           |                     |
| AUTORIDAD ESCOLAR CERTIFICANTE |                  |           |                     |
|                                |                  |           |                     |

**2. DETALLES DEL ACCIDENTE**

|              |       |      |
|--------------|-------|------|
| LUGAR        | FECHA | HORA |
|              |       |      |
| COMO OCURRIÓ |       |      |
|              |       |      |
|              |       |      |
|              |       |      |

**3. ALUMNO ACCIDENTADO**

|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
|-----------------------------------------------|--------|---------|------------------|-----------------|-----|--|---------------|------|--|
| APELLIDO Y NOMBRES                            |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
| TPO DOCUMENTO (1)                             | NUMERO | POLICIA | FECHA NACIMIENTO |                 |     |  | NACIONALIDAD  | SEXO |  |
|                                               |        |         | DIA              | MES             | ANO |  | M             | F    |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
| DOMICILIO (CALLE, NUMERO, PISO, DEPARTAMENTO) |        |         |                  |                 |     |  | TELÉFONO      |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
| LOCALIDAD                                     |        |         | PROVINCIA        |                 |     |  | CODIGO POSTAL |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
| CONDICIÓN DEL ALUMNO                          |        | GRADO   | TURNO            | PERIODO ESCOLAR |     |  |               |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
| LESIONES EMERGENTES DEL ACCIDENTE (2)         |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
| ANTECEDENTES DE ACCIDENTES ANTERIORES (3)     |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |
|                                               |        |         |                  |                 |     |  |               |      |  |

**AUTORIZACION DE PAGO O DEPOSITO  
DECLARACION JURADA Y RECIBO DE INDEMNIZACION**

**PROVINCIA Seguros**

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

| POLIZA N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SINIESTRO N° | CERTIFICADO N° |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| <b>1 - AUTORIZACION DE PAGO O DEPOSITO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                |
| <p>En mi/nuestro caracter de beneficiario/s de la póliza y certificado precedentemente indicado, autorizo/autorizamos a Provincia Seguros S.A. para depositar en la cuenta corriente/caja de ahorro N° ....., abierta en la casa/sucursal ..... del Banco de la Provincia de Buenos Aires, a nombre de (1) ..... el importe resultante de la indemnización que me/nos corresponde/n percibir, a raíz del fallecimiento de ..... o, en su defecto, para que esa misma cifra sea transferida sobre la mencionada filial, para ser abonada exclusivamente a (1) .....</p>                                                                                  |              |                |
| <b>2 - RECIBO DE INDEMNIZACION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                |
| <p>Dejo/dejamos constancia que con la suma que se acreditará/transferirá, se cubren todas las indemnizaciones que legal o convencionalmente me/nos corresponde/n, quedando de esta manera totalmente cumplidas las obligaciones que a cargo de la citada entidad emergen de las Condiciones Generales de la precitada póliza y/o de la Clausula de Incapacidad Total o Permanente, anexada a las Condiciones Generales, no teniendo nada que reclamar a la misma por ningún concepto, sirviendo el comprobante del depósito/transferencia efectuado, debidamente intervenido por la emisora de la operación como suficiente y único recibo de pago.</p> |              |                |
| <b>3 - DECLARACION JURADA DE HEREDEROS LEGALES (*)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                |
| <p>Para todos los efectos legales derivados de la indemnización a percibir en concepto de Seguro de Vida contratado con Provincia Seguros S.A. el/los abajo firmante/s manifiesta/manifestamos, con carácter de declaración jurada, ser único/s y universal/es heredero/s de .....</p> <p>.....</p> <p>haciéndome/haciéndonos civilmente responsables por la inexactitud de esta manifestación y asumiendo la formal obligación de restituir toda suma indebidamente percibida al primer requerimiento que se formule, con su pertinente actualización por desvalorización monetaria en caso de corresponder, e intereses legales.</p>                  |              |                |

Lugar y Fecha .....

| APELLIDO Y NOMBRES | TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO | FIRMA |
|--------------------|----------------------------|-------|
|                    |                            |       |
|                    |                            |       |
|                    |                            |       |
|                    |                            |       |
|                    |                            |       |
|                    |                            |       |

(1) Deberá consignarse el nombre de uno de los firmantes.

(\*) La parte 3 "Declaración Jurada de Herederos Legales" deberá ser completada solo en caso de que los beneficiarios sean los Herederos Legales del causante.

.....  
FIRMA AUTORIZADA Y SELLO ACLARATORIO  
DEL GERENTE O JEFE DE LA DEPENDENCIA

**Renovación**

**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Tomador

406150

Nº de Cliente

**TIPO DE SEGURO**

Ramo

**ACCIDENTES  
PERSONALES**

Asegurado

**RIVADAVIA N° 524 P 4° DTO 428**

54-011-48032103

Póliza

**761371**

Domicilio

**1002**

**CAPITAL**

Teléfono

Certificado

**1**

Código Postal

Localidad y Provincia

**EXENTO**

34-99903208-9

Endoso

**0**

Tipo de Documento

Nº Documento

Condición Frente al I.V.A.

Nº de CUIT

PROVINCIA SEGUROS S.A. (en adelante "EL ASEGURADOR"), bajo las Condiciones Generales Particulares y Especiales de la presente póliza, celebra este contrato de seguros con el ASEGURADO Y/O TOMADOR (en adelante, "EL ASEGURADO"), por los bienes que figuran bajo el título "RIESGOS ASEGURADOS" contra los riesgos y hasta las sumas que se indican en él.

Renueva Póliza

**697388**

Fecha de Emisión

**01/08/2016**

**RIESGOS ASEGURADOS**

Riesgo:

**ESCOLARES - NUEVO**

Plan:

**ESCOLARES**

**VIGENCIA**

Desde las 12 hs.

**30/07/2016**

Hasta las 12 hs.

**30/09/2016**

TIPO DE ESCUELA: OTRO

USO DE NATATORIO: SI

COBERTURA ACCIDENTES PERSONALES: IN-ITINERE

LIMITE POR ACONTECIMIENTO: 100000

REPOSICION SUMA EN ASIST.MEDICA: NO

TIPO DE PUPILO: SIN ESPECIFICAR

TIPO DE TRANSPORTE ESCOLAR: OMNIBUS

TIPO DE CAMPO DE DEPORTE: SIN ESPECIFICAR

TIPO DE TRABAJO MANUAL: NO APLICA

COLONIA DE VACACIONES: SI

USO DE SALA DE ESPECTACULOS: NO

POLIZA DE COASEGURO: 0

**COMPOSICION**

Prima

Rec. Administrativo

Rec. Financiero

Otros Impuestos(\*)

Derecho Emisión

Sellado

IVA

19%

21%

IVA Adicional

9.5%

10.5%

Ingresos Brutos

Premio

(\*) Impuestos Internos +  
Tasa Superintendencia +  
Servicios Sociales

Al dorso de esta página se  
establecen los únicos  
medios de pago  
habilitados.

Si opta por PAGO  
DIRECTO, su código de  
identificación es:

**1600000761371**

CODIGO DE PAGO LINK:

**0541607613710000001**

CODIGO DE PAGO

BANELCO:

**1607613710000001**

Renovación de póliza

Forman parte de este contrato las condiciones Generales, condiciones particulares, anexos y adendas:

Anexos: A100 ; A27 ;

Cond. Part: P02 ; P04 ; P05 ;

Texto: 999999 Ingreso de Texto libre por el usuario

Condiciones Particulares

Se deja constancia que los asegurados pertenecen al Alumnado bajo la órbita del Ministerio de Educación. Alumnos de los niveles Inicial Común, Inicial Especial, Primario Común, Primario Especial, Primario Adultos, Medio Común, Medio Adultos, Medio Artístico y Superior Común (Aproximadamente 480.418 alumnos).  
Se otorga cobertura a personas desde los 45 (cuarenta y cinco) días de edad.

Ámbito de la cobertura: El presente seguro tendrá vigencia en todas las áreas de educación dependientes del Ministerio de Educación del GCABA, como así también en el ámbito de las prácticas o pasantías educativas en establecimientos fabriles o en otros establecimientos donde los alumnos realicen especialización en las distintas ramas técnicas, artísticas y educativas. Las actividades correspondientes a las escuelas de verano e invierno, los jardines maternales, la educación no formal, las actividades extracurriculares, incluyendo aquellas con participación de la comunidad, y todo evento que cuente con la autorización del personal de conducción docente que se desarrollen a lo largo del año, siendo necesaria la expresa autorización de las autoridades educativas.

"Educación no formal" a cargo del Ministerio de Educación GCABA, en la misma la cobertura esta dada sin limites de edad.-

Se incluyen los accidentes In-Itinere.

Asimismo, se deja sin efecto el Artículo 6 de las Condiciones Generales para las escuelas a las que concurren personas

209221884

REIMPRESION

Página 3

## Renovacion

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

406150

Tomador

Nº de Cliente

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Asegurado

RIVADAVIA N° 524 P 4° DTO 428

54-011-48032103

Domicilio

1002

CAPITAL

Teléfono

Código Postal

Localidad y Provincia

EXENTO

34-99903208-9

Tipo de Documento

Nº Documento

Condición Frente al I.V.A.

Nº de CUIT

PROVINCIA SEGUROS S.A. (en adelante "EL ASEGURADOR"), bajo las Condiciones Generales Particulares y Especiales de la presente póliza, celebra este contrato de seguros con el ASEGURADO Y/O TOMADOR (en adelante, "EL ASEGURADO"), por los bienes que figuran bajo el título "RIESGOS ASEGURADOS" contra los riesgos y hasta las sumas que se indican en él.

### RIESGOS ASEGURADOS

Riesgo: ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Plan: ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Ubicación Riesgo: UBICACIONES VARIAS DENTRO DE LA CABA (1084) CAPITAL

|                                             |                                               |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| RANGO DE ALUMNADO: MAS DE 1000 ALUMNOS      | JARDIN MATERNAL: SI                           |
| JARDIN DE INFANTES: SI                      | PRIMARIA: SI                                  |
| SECUNDARIA: SI                              | ESCUELA ESPECIAL: SI                          |
| ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO TERAPEUTICO: SI   | ADICIONAL ESCUELA SECUNDARIA: NO              |
| ADICIONAL PUPILOS: NO                       | ADICIONAL MEDIO PUPILOS: NO                   |
| ADICIONAL TRANSPORTE POR OMNIBUS: NO        | ADIC. UTILIZ. DE CAMPO DE DEPORTES PROPIO: NO |
| ADIC. TRABAJOS MANUALES C/FUERZA MOTRIZ: NO | ADIC. TRABAJOS MANUALES S/FUERZA MOTRIZ: NO   |
| ADICIONAL COLONIA DE VACACIONES: NO         | ADICIONAL SALA DE ESPECTACULOS: NO            |
| LIMITE AGREGADO ANUAL: 10000000             |                                               |

### Coberturas

BASICA- ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

Capital

1000000

%Franquicia

Monto Fcia.

Capital Total: 1000000.00

"CONDICIONES CONTRACTUALES APROBADAS POR RESOL./PROVEIDO N° 6547 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION."

Forman parte de este contrato las condiciones Generales, condiciones particulares, anexos y adendas:

Anexos: AA80 ; AA90 ; AAEXT ; CA-CC 1.1 ;

Cond. Part: CC-CO 1.1 ; P12B ;

Texto: 999999 TEXTO GENERICO

LICITACION PUBLICA N° 925 - ORDEN DE COMPRA N° 44497/2014

### Sección 1:

#### Interés Asegurable:

Responsabilidad Civil Comprensiva extracontractual por el hecho de los docentes, directores auxiliares de todos los establecimientos educativos, educación formal, escuelas de verano y educación no formal a cargo del Ministerio de Educación de G.C.A.B.A.

#### Ubicación del riesgo:

Todos los establecimientos propios o arrendados, cedidos y/o prestados donde se realicen actividades en cualquiera de sus áreas, dependan o no del Ministerio de Educación de GCABA, siempre que dicho establecimiento se encuentre dentro de los alcances de la ley 24.830.-

Cantidad estimada de docentes: 48.000

Cantidad de Escuelas: 1.121

202427845

REIMPRESION

### TIPO DE SEGURO

Ramo

RESPONSABILIDAD CIVIL

Póliza

81969

Certificado

1

Endoso

0

Renueva Póliza

75726

Fecha de Emisión

08/08/2016

### VIGENCIA

Desde las 12 hs.

30/07/2016

Hasta las 12 hs.

30/09/2016

### COMPOSICION

Prima

Rec. Administrativo

Rec. Financiero

Otros Impuestos(\*)

Derecho Emisión

Sellado

IVA

19%

21%

IVA Adicional

9.5%

10.5%

Ingresos Brutos

Premio

(\*) Impuestos Internos + Tasa Superintendencia + Servicios Sociales

Al dorso de esta página se establecen los únicos medios de pago habilitados.

Si opta por PAGO DIRECTO, su código de identificación es:

0700000081969

CODIGO DE PAGO LINK:

0540700819690000001

CODIGO DE PAGO

BANELCO:

0700819690000001

Página 3