

LA PLATA, 2019

C I R C U L A R N° 0001/ 2019

**OBJETO: Seguro Escolar**

**AUTORIDADES DEL CONSEJO ESCOLAR  
PERSONAL DIRECTIVO Y DOCENTE  
ASOCIACIONES COOPERADORAS DEL  
DISTRITO**

---

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes, con el objeto de informar que cobertura del Seguro Escolar es abarcativa con respecto de todos los alumnos regulares, a partir de los cuarenta y cinco (45) días de edad y hasta los ochenta (80) años, de las distintas ramas de enseñanza dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, que integran las siguientes áreas educativas: Dirección Provincial de Educación Inicial, Dirección Provincial de Educación Primaria, Dirección Provincial de Educación Secundaria, Dirección de Gestión Institucional, Dirección Provincial de Educación Superior y Capacitación Educativa, Dirección de Alternativas Pedagógicas, Dirección de Educación de Adultos, Dirección de Educación Especial, Dirección de Educación Física, Dirección de Educación Artística, Dirección Provincial de Educación Técnico Profesional, Dirección Provincial de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social, y de los Establecimientos no oficiales reconocidos por la Dirección Provincial de Educación de Gestión Privada; subvencionados por la Dirección General de Cultura y Educación.

Las autoridades de la Aseguradora Sancor Seguros S.A., mediante Póliza N° 6907593 con vigencia plena a partir del 01/01/2019. Han asegurado a los alumnos por los accidentes ocurridos durante su permanencia en el Establecimiento dentro de los horarios de la actividad educativa, durante su traslado desde y hasta su domicilio, cualquiera sea el medio normal de locomoción; como así también todas las actividades formativas que forman parte de la propuesta curricular, las cuales son programadas y coordinadas por la institución; y en participación de actos, paseos, excursiones, desfiles, visitas y pasantías organizadas por y bajo control de las autoridades de los establecimientos.

**Es importante se tenga en cuenta:**

\* Que si se gestiona por Gastos de Atención Médica y Farmacéutica no significa, que no pueda paralelamente iniciarse el trámite por posibles secuelas, dependiendo ello de la gravedad de las lesiones causadas inicialmente por el accidente. De no ser necesaria la tramitación posterior, el Departamento Administración y Seguro determinará el archivo.

\* Si alguna razón de fuerza mayor impidiese la total cumplimentación deberá, la autoridad educativa, expresarla por nota elevando cuanto hasta ese momento hubiera documentado.

- \* Toda la documentación agregada debe ser firmada por la autoridad educativa del establecimiento.
- \* Toda las gestiones deben hacerse diligentemente en virtud que solo existe un año de plazo, tras lo cual, no es posible hacer trámite alguno, quedando la omisión o demora de presentación bajo responsabilidad de quien corresponda, según se verifique.
- \* El Ente Asegurador no reconoce gastos por ortopedia; rotura de lentes, de cristales y todo aquello que fuere ocasionado por el accidente.
- \* En lo referido a movilidad, el único que reconoce es el primer traslado, del lugar del accidente a donde será atendido el alumno. (siempre con boletas originales B ó C).

Los requerimientos para su tramitación ante la “Aseguradora Sancor Seguros S. A.”, se detallan a continuación:

#### **1- INDEMNIZACIÓN POR GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y FARMACÉUTICA**

- a- Formulario de solicitud de Indemnización por gastos de Asistencia Médica y Farmacéutica por accidente, confeccionado por las autoridades educativas.
- b- Acompañar relato del Director o responsable de Turno sobre los hechos que ocasionaron el accidente.
- c- Anexar copia legible de la denuncia policial o exposición civil en la que constatará día y hora del accidente o planilla de responsabilidad (PS 407/033) confeccionada por Provincia Seguros S.A., avalada por un Consejero Escolar.
- d- Facturas, recetas y comprobantes originales de gastos a nombres del alumno o persona con derecho a reintegro (padre, madre, tutor o Asociación Cooperadora, Presidente, Tesorero o Secretario) todos ellos conformados en su reverso por el Director del Establecimiento.
- e- Si el alumno accidentado tuviese cobertura médico-asistencial mediante alguna Obra Social deberá consignarse: nombre de la misma, número de afiliación, identificación y señalar el monto reconocido por dicha Entidad.
- f- Fotocopia de Partida de Nacimiento y D.N.I..
- g- Certificado de alumno regular.
- h- Fotocopia del D.N.I. del beneficiario; en caso de ser la Asociación Cooperadora, se deberá adjuntar el D.N.I. del Presidente, o Tesorero, o Secretario.
- i- Cumplimentar Planilla de Depósito en Cuenta Bancaria y comprobante de CBU. Si los beneficiarios no tuvieran, utilizarán la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento.
- j- Alta médica definitiva.

## **2- INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE O TOTAL Y PERMANENTE:**

- a- Formulario de solicitud de Incapacidad Parcial y Permanente o Total y Permanente, confeccionado por autoridades educativas y médico asistente, determinando el grado de incapacidad el profesional interviniente.
- b- Relato de la Directora del Establecimiento o de autoridad responsable del Turno sobre los hechos que ocasionaron el accidente.
- c- Anexar copia legible de la denuncia policial o exposición civil en la que constará día y hora del accidente O Planilla de Responsabilidad Civil (PS 407/033) confeccionada por Provincia Seguros S.A., avalada por un Consejero Escolar.
- d- Informe del médico que asiste al alumno a raíz del accidente, determinando si existe incapacidad, de qué tipo es la misma y estableciendo, de ser posible, el porcentaje de la incapacidad.
- e- Adjuntar copia de Partida de Nacimiento del accidentado y D.N.I..
- f- Certificado de alumno regular.
- g- Fotocopia del D.N.I. del beneficiario; en caso de ser la Asociación Cooperadora, se deberá adjuntar el D.N.I. del Presidente, o Tesorero, o Secretario.
- h- Cumplimentar Planilla de Depósito en Cuenta Bancaria y comprobante de CBU. Si los beneficiarios no tuvieran, utilizarán la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento.

## **3- SINIESTRO: MUERTE POR ACCIDENTE.**

- a- Formulario de denuncia de Siniestro por muerte confeccionado por las autoridades educativas y por el profesional médico que intervino a causa del accidente.
- b- Relato de la Directora del Establecimiento o de autoridad responsable el Turno sobre los hechos que ocasionaron el accidente o sobre el conocimiento que tuviese de aquellos si hubiera ocurrido fuera del establecimiento educativo.
- c- Denuncia policial en la que deberá constar día y hora del accidente, adjuntar copia legible.
- d- Partida de defunción del alumno, fotocopia legible.
- e- Certificado de alumno regular.
- f- Fotocopia de la Partida de Nacimiento del menor y D.N.I..
- g- Fotocopia del D.N.I. del beneficiario; en caso de ser la Asociación Cooperadora, se deberá adjuntar el D.N.I. del Presidente, o Tesorero, o Secretario.
- h- Cumplimentar Planilla de Depósito en Cuentas Bancarias y comprobantes de CBU. Si los beneficiarios no tuvieran, utilizarán la cuenta de la Asociación Cooperadora del Establecimiento.

**TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ ESTAR FIRMADA POR EL DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO.**

**MONTOS ACTUALES DE LAS COBERTURAS (A PARTIR DEL 01/04/2017)**

Muerte por accidente.....	\$ 7000.-
Incapacidad Parcial y Permanente (hasta).....	\$ 8000.-
Incapacidad Total y Permanente (hasta).....	\$ 8000.-
Asistencia Médica y Farmacéutica (hasta).....	\$ 3000.-

El trámite se iniciará por intermedio del Consejo Escolar que remitirá los actuados a la DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN ESCOLAR, Departamento Administración y Seguro, las acciones prescriben en el plazo de un (1) año, que se toma desde la fecha de ocurrido el accidente. Señalando además que la documentación debe ingresar debidamente cumplimentada y foliada, no haciéndose responsable esta repartición por extravío, faltante y/o mala enumeración de la misma; y dentro de los 180 días de ocurrido el accidente, como plazo máximo. Asimismo se informa que se reconocen los gastos a partir de un monto mínimo (franquicia) de \$ 50.

**EL FAX DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACCIDENTE DE ALUMNOS SE DEBE ENVIAR AL TEL.: (0221) 429-7638 DENTRO DE LAS 48 A 72 HS. DE OCURRIDO EL MISMO Y/O AL MAIL: [segurosrc@abc.gob.ar](mailto:segurosrc@abc.gob.ar)**

**Y NO AL DE LA DIRECCION DE COOPERACION ESCOLAR (0221) 421-3057, DADO QUE EL MISMO NO EXIME DE DICHA RESPONSABILIDAD A LA AUTORIDAD ESCOLAR.**

SE REQUIERE QUE ESE ORGANISMO DIFUNDA LA PRESENTE PARA CONOCIMIENTO DE LAS AUTORIDADES DE TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS.

DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN ESCOLAR  
DEPARTAMENTO ADMINISTRACION Y SEGURO  
Calle 12 y 51, Torre 1, piso 14, La Plata – 1900 –  
Teléfonos: (0221) 429-5404/64 Int.: 95404  
[dptosegyadmin@abc.gob.ar](mailto:dptosegyadmin@abc.gob.ar)