



INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTO

SEGURO PARA ALUMNOS UNSL

Se detallan a continuación instrucciones para el procedimiento a seguir con el seguro de los alumnos inscriptos de la UNSL:

- A) . LA TOTALIDAD DE LOS ALUMNOS ESTÁN CUBIERTOS EN EL AMBITO NACIONAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. SOLO CON EL HECHO DE SER ALUMNO INSCRIPTO DE LA UNSL, SIEMPRE QUE ESTEN REALIZANDO ACTIVIDADES INHERENTES A LA UNSL.

NO SERÁ NECESARIO INFORMAR VIAJES, TRASLADOS Y/O PRACTICAS EN ESTABLECIMIENTOS AGENOS A LA UNSL.

SOLO SE DEBERÁ INFORMAR A LA CIA. CUANDO LOS ALUMNOS SALGAN DEL PAIS.

ESTO SE REALIZARÁ ENVIANDO VIA MAIL O PERSONALMENTE O POR FAX A:

LAVALLE 523 SAN LUIS - 02652-430558 / 444225 - rosanaargumedo@gapbroker.com.ar / vamilesain@gapbroker.com.ar

UNA NÓMINA DE LOS ALUMNOS QUE VIAJEN, CONSIGNANDO LOS SIGUIENTES DATOS:

NOMBRE Y APELLIDO - DNI - FECHA DE NACIMIENTO

- B) LOS ALUMNOS QUE NECESITEN PRESENTAR EL CERTIFICADO DE COBERTURA A QUIENES SE LO REQUIERAN, PODRAN SOLICITARLOS PERSONALMENTE EN LA DIRECCIÓN ANTES DESCRIPTA.

- C) DENUNCIA DE ACCIDENTE:

PARA REALIZAR LA DENUNCIA DEL ACCIDENTE A CUBRIR, DEBERÁ COMPLETARSE EL FORMULARIO ADJUNTO.

EN EL CASO DE QUE SE RECLAME GASTOS MEDICOS /FARMACEUTICOS POR ACCIDENTE, DEBERÁ PRESENTARSE:

1. Facturas originales de gastos médicos en que incurrió el asegurado con motivo del accidente, junto con el pedido médico original donde conste la práctica solicitada o el medicamento adquirido y el diagnóstico médico.

2 Fotocopia del DNI del asegurado.

LOS GASTOS DE FARMACIAS SERAN RECONOCIDOS SOLAMENTE POR ACCIDENTE Y CON LA RECETA MEDICA CUYO DIAGNOSTICO SEA EL DEL ACCIDENTE.

ROSANA ARGUMEDO

Mat. 57931

TEL: 430558 / CELULAR OFICINA: 15348300 / PARTICULAR: 15500247

DENUNCIA DE ACCIDENTE

Datos del Principal

Colegio		CUIT	
Domicilio			
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono

Lugar donde ocurrió la contingencia

Domicilio			
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono

Datos del accidentado

Apellido y nombre		Doc. de Identidad	
Domicilio			
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
Año que cursa:			
Turno habitual		Horario habitual	
Mañana <input type="checkbox"/>	Tarde <input type="checkbox"/>	De	hs A hs

Descripción del evento

Fecha	Horario de inicio de la jornada	Hora del siniestro	Actividad
Breve descripción del hecho: Accidente en el Establecimiento <input type="checkbox"/> In Itinere <input type="checkbox"/>			

Forma del Accidente	Zona afectada
Caida de la Persona	Cabeza
Caida de objetos	Tronco (zona cervical/dorsal)
Derrumbe/desplome de instalaciones	Tronco (zona lumbosacra)
Pisada/choque/golpe a/Objetos	Tórax
Aprisionamiento	Abdomen / Pelvis
Esfuerzo excesivo./falso movimiento	Mano derecha Mano izquierda
Exposición o contacto con (indicar)	Miembro Superior Miembro Inferior
Explosión/Implosión/Incendio	Aparato cardiovascular
Mordeduras/otros animales	Aparato respiratorio
Atropello/choque con vehículos	Aparato digestivo
Fallas en trabajo	Aparato nervioso
Agresión con armas	Aparato genitourinario
	Otros

Prestador al cual fue derivado			
Domicilio del prestador			
Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono

Lugar y fecha

Firma del Director	Firma del Representante
--------------------	-------------------------