

INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTOS A SEGUIR ANTE ACCIDENTES PERSONALES DE ALUMNOS EN FCV

1. DEBERÁ DARSE PRIORIDAD AL ACCIDENTADO.

**Se podrá solicitar intervención del Servicio de Emergencias Médicas
(BEM – Tel. 421739).**

2. AVISO DEL ACCIDENTE:

- a- el docente responsable de la actividad donde el alumno se accidentó, deberá dar aviso a la empresa aseguradora, completando la denuncia del accidente dentro de las 24 h. de ocurrido el mismo. Las direcciones de correo electrónico y fax se detallan en el formulario de denuncia.
- b- se deberá presentar por Mesa de Entradas de la FCV nota dirigida al Decano, en donde se informe el accidente producido. Adjuntar a esta nota copia del correo electrónico o fax junto al formulario de denuncia presentado a la compañía aseguradora.

1. IMPORTANTE PARA EL ALUMNO O SUS FAMILIARES: a los fines de obtener el reintegro por parte de la compañía aseguradora deberá cumplimentar los siguientes requisitos:

- § Originales de facturas y recibos oficiales que estén emitidos a nombre del accidentado.
- § Fotocopia de la receta médica y troqueles de medicamentos.
- § En el caso de abonar radiografías, tomografías y/o resonancias magnéticas deberán remitir dichos estudios.
- § Certificado de alumno regular, adscripto o integrante de proyectos.
- § Certificado médico o historia clínica donde conste el diagnóstico (como consecuencia del accidente ocurrido).
- § Certificado de alta definitiva, emitido por el médico tratante.
- § Si es un accidente de tránsito, constancia de denuncia policial.

4. LA DOCUMENTACIÓN OBTENIDA deberá presentarse junto a la nota presentada por Mesa de Entradas (o bien en el momento de obtener el alta definitiva). De este modo se dará continuidad a la gestión del expediente iniciado, a los fines de obtener los beneficios del seguro.

**MUY IMPORTANTE: NO SERÁ RECONOCIDO NINGUN GASTO QUE NO SE
ENCUADRE EN LO EXPLICADO EN EL PRESENTE INSTRUCTIVO O HAYA
DOCUMENTACION FALTANTE A LA SOLICITADA.**

DENUNCIA DE ACCIDENTES PERSONALES

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|-----------------|--|
| SOCIO/TOMADOR | UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL | | | | |
| POLIZA Nro: 02-06-1076892 | | | | | |
| DATOS DEL ACCIDENTADO | APELLIDO Y NOMBRE: | | | | |
| | DNI Nro: | | | | |
| | DOMICILIO: | | | | |
| | CARRERA: | | Año: | | |
| | FACULTAD O DEPENDENCIA A LA QUE PERTENECE: | | | | |
| FECHA DEL ACCIDENTE | DIA | MES | AÑO | HORA: | |
| DOMICILIO / LUGAR DE OCURRENCIA | | | | | |
| DETALLES DE COMO SUCEDE EL ACCIDENTE | | | | | |
| TIPO DE LESIONES Indicar con (x) | <u>LEVES</u> | | <u>GRAVES</u> | | <u>MUERTE</u> |
| OTROS DATOS Indicar con (X) | ¿Hubo intervención Policial ?: | | ¿El accidentado esta internado ?: | | ¿El accidente fue "in-intinere"?: |
| Nombre y Dlio. del médico o Institución que le prestó los primeros auxilios: | | | | | |
| Nombre y Dlio. del médico o Institución que lo atiende en la actualidad: | | | | | |
| DATOS DEL DENUNCIANTE | <u>Apellido y Nombre</u> | | | <u>Tel/mail</u> | |
| | DNI Nro.: | | | | |
| La presente denuncia debe ser remitida a la mayor brevedad, vía FAX o MAIL, indistintamente a: | Referente | FAX | MAIL | | |
| | TROMBERT, Edgardo | 4501718 | Tromberte@sancristobal.com.ar | | |
| | GAUDIANO, Alvaro David | | gaudianoa@sancristobal.com.ar | | |
| | CALDERARO, José Mariano | | calderaraj@sancristobal.com.ar | | |
| | ROSSO, Mariela. MOLERO, Eugenia | 4593680 4593828 4593646 | info@rmbrokers.com.ar | | |

INSTRUCTIVO DE PROCEDIMIENTOS
POLIZA COLECTIVA DE ACCIDENTES PERSONALES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
CONCEPTOS GENERALES:

El presente instructivo tiene por objeto hacer llegar a UNL y por su intermedio a c/u de las Facultades, Escuelas y Entidades Académicas, que son alcanzadas por la cobertura de la póliza de Accidentes Personales, cual es el procedimiento a realizar en caso que suceda un hecho amparado por la cobertura, partiendo siempre de una premisa fundamental: **“La prioridad es la atención del accidentado”**

| | |
|--|--|
| COBERTURA Y SUS ALCANCES | <p>2. Alumnado de la UNL, incluyendo Educación a Distancia</p> <p>3. Personas; alumnos o particulares, que integran los Proyectos de Extensión Universitaria.</p> <p>Amparando todo accidente producido como consecuencia o en ocasión de la actividad declarada (con excepción de las exclusiones previstas por condiciones de póliza), incluyendo los hechos producidos mientras las personas se están trasladando o están siendo trasladadas, desde, hasta o dentro del lugar donde deban cumplir con su actividad.</p> |
| ACTIVIDADES AMPARADAS | <ul style="list-style-type: none"> • Académicas y Universitarias de cualquier tipo. • Prácticas Profesionales, para los alumnos que cursan el último año de su carrera Universitaria. • Pasantías internas o externas, rentadas o no • Trabajos afectados a Proyectos de Extensión Universitaria. |
| SUMAS ASEGURADAS (Por persona y por acontecimiento) | <ul style="list-style-type: none"> • Muerte e Invalidez (parcial y/o total permanente): \$ 10.000,00 • Asistencia Médica y farmacéutica, sin deducibles: \$ 60.000,00 |

Definidas las coberturas, sus alcances y sumas aseguradas; en el cuadro siguiente detallamos los pasos a seguir en caso de suceder un accidente por un hecho amparado en la póliza:

| | | | | |
|-----|---|-------------------------------|--|--|
| 1.- | Es indispensable que la aseguradora, SAN CRISTOBAL SEGUROS , tome conocimiento a la mayor brevedad posible del hecho sucedido, digamos dentro de las 24 hs.; para lo cual se deben proporcionar datos básicos a los siguientes Tel./Fax o Mail que se indican en 2: | | | |
| 2.- | Referentes | TEL | FAX | Mail |
| | TROMBERT, Edgardo | 4501735 | 4501718 | Tromberte@sancristobal.com.ar |
| | GAUDIANO, Alvaro David | | | gaudioa@sancristobal.com.ar |
| | CALDERARO, José Mariano | | | calderaroj@sancristobal.com.ar |
| | ROSSO, Mariela. MOLERO, Eugenia | 4593680 4593828 4593646 | 4593680 4593828 4593646 | info@rmbrokers.com.ar |
| 3.- | Se debe cumplimentar en todas sus partes la DENUNCIA de accidente, la cual se adjunta al presente instructivo y se envía a cualquiera de los FAX o MAIL indicados en 2.- | | | |
| 4.- | La prestación de la Asistencia Médica es por libre elección del prestador médico y con reintegro de los gastos ya sean farmacéuticos o médicos , por lo cual se deben adjuntar: | | | |
| | Gastos abonados por el accidentado: | | Gastos abonados por la UNL | |
| | Originales de facturas y recibos oficiales que estén emitidos a su nombre. | | Fotocopias de facturas y recibos oficiales que estén emitidos a nombre de la UNL | |
| | Fotocopia de la receta médica y troquel del medicamento. | | Fotocopia de la receta médica y troquel del medicamento. | |
| | En el caso de abonar Rx, TAC y/o RMN deberán remitir dichos estudios | | En el caso de abonar Rx, TAC y/o RMN deberán remitir dichos estudios | |
| 5.- | Además de lo detallado en 4.- se deben adjuntar, para cumplimentar definitivamente el trámite y poder reintegrar los gastos a la mayor brevedad, lo siguiente: | | | |
| | <p>A. Certificado de alumno regular, pasante o integrante de Proyecto de Extensión Universitaria.</p> <p>B. Certificado médico o historia clínica.</p> <p>C. Certificado de alta definitiva.</p> <p>D. Si es un accidente de tránsito, constancia de denuncia policial.</p> | | | |
| | MUY IMPORTANTE: NO SERA RECONOCIDO NINGUN GASTO QUE NO SE ENCUADRE EN LO EXPLICADO EN EL PRESENTE INSTRUCTIVO O HAYA DOCUMENTACION FALTANTE A LA SOLICITADA.- | | | |

| | |
|-----|--|
| | |
| 6.- | <p><u>PARA EL CASO DE INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL PERMANENTE.</u> una vez otorgada el alta por el profesional tratante y con la posibilidad de que haya que afectar la cobertura de invalidez se procederá de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el accidentado se presentará para ser examinado por EL MEDICO AUDITOR DE LA ASEGURADORA concurriendo con todos los estudios que se haya realizado previamente (historia clínica, estudios, rx, etc), posterior al examen el galeno remitirá dicho informe basado en el baremo de póliza de la rama, estableciendo así el porcentaje de incapacidad resultante, si la hubiese. - Posteriormente se liquidara teniendo en cuenta el porcentaje de incapacidad resultante y la suma asegurada. <p><u>PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO:</u> Si como consecuencia del accidente generador del siniestro fallece el adherente en póliza, se deberá adjuntar, además de la denuncia adjunta, la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CERTIFICADO DE ALUMNO REGULAR. - COPIA CERTIFICADA DE LA PARTIDA DE DEFUNCIÓN. - HISTORIA CLÍNICA. - COPIA CERTIFICADA DE LA PARTIDA DE NACIMIENTO. - CONSTANCIA POLICIAL <p>NOTA: dependiendo de la particularidad del caso, podría solicitarse documentación complementaria a la anteriormente citada.</p> |
| 7.- | <p><u>DATOS UTILES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SAN CRISTÓBAL SEGUROS: AV. RIVADAVIA 3052 – 3000 – SANTA FE • Atención al público: Lunes a Viernes de 7 a 13,00 hs. • R. M. BROKERS SA: 4 DE ENERO 1471 – 3000 – SANTA FE – • Atención al público: Lunes a Jueves; de 8 a 13 y de 16 a 19 hs. Viernes de 8 a 16 hs. |


SAN CRISTÓBAL SEGUROS S.M.S.G.