

SEGURO ESCOLAR

SEGURO CONTRA ACCIDENTES ESCOLARES

D.S. 313 MAYO/1973. LEY 16.744 DE ACCIDENTES DEL TRABAJO.

A quiénes protege

- A todos los alumnos regulares de establecimientos reconocidos por el Estado, de cualquier nivel de enseñanza.

De qué protege

- De todos los accidentes ocurridos a causa o con ocasión de los estudios*; incluidos los de trayecto, en la práctica o dentro del establecimiento.

Duración de los beneficios

- Hasta la entera recuperación o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por el accidente.

Qué es un accidente escolar

- Toda lesión que sufra un estudiante a causa o con ocasión de sus estudios, la práctica o el trayecto, que le produzca incapacidad o muerte.

* Se considera **estudios** aquellos que corresponden al proceso de enseñanza aprendizaje de las asignaturas que conforman el respectivo plan anual y también aquellos que comprendan las actividades extraescolares [DS N°290]. Los directores de los establecimientos educacionales debieran establecer qué actividad(es) es (son) de educación extraescolar. [MEM N°07/1803 del 18.10.11 División Jurídica]

SEGURO CONTRA ACCIDENTES ESCOLARES

D.S. 313 MAYO/1973. LEY 16.744 DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

Qué accidentes se exceptúan

- Aquellos producidos intencionalmente por la víctima, o los ocurridos por una fuerza mayor, que no tengan relación con los estudios o la práctica profesional.

Quién Administra este Seguro

- El Ministerio de Salud; otorga las prestaciones médicas.
- Las SEREMI de Salud, resuelven en primera instancia si reviste o no el carácter de escolar. (ORD. Nº17804 28/03/11. Sup. de Seguridad Social)
- Instituto de Seguridad Laboral (ISL); otorga las prestaciones económicas.

Beneficios

Prestaciones Médicas

- Atención médica, quirúrgica y dental gratuita en establecimientos externos o a domicilio, Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Hospitalizaciones, Medicamentos y productos farmacéuticos, Rembolsos médicos
- Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación; rehabilitación física y re-educación profesional
- Gastos de traslado para el otorgamiento de estas prestaciones.

Prestaciones Económicas

- Pensión Permanente.
- Pensión Temporal.
- Cuota mortuoria

SEGURO CONTRA ACCIDENTES ESCOLARES

D.S. 313 MAYO/1973. LEY 16.744 DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

Quién denuncia el accidente

- El Jefe del Establecimiento Educacional.
- El médico a quién corresponda conocer y tratar un accidente escolar.
- El propio accidentado o quién lo representen, si el establecimiento no lo hace dentro de las 24 horas siguientes al accidente.

Cómo se hace la denuncia

Será denunciado al Servicio de Salud en un formulario denominado Declaración Individual de Accidente Escolar, emitido por el ISL u otro documento similar aprobado por el respectivo servicio. **Se puede imprimir desde www.isl.gob.cl; www.convivenciaescolar.cl, (seguridad escolar)**

Cómo se acredita un accidente de trayecto

Mediante un parte de Carabineros, la declaración de testigos presenciales o cualquier otro medio de prueba fehaciente.

La fiscalización de la aplicación de este Seguro Escolar corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social (www.suseso.cl)

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

N°



Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso.

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

FISCAL O MUNICIPAL = 1
PARTICULAR = 2

NOMBRE ESTABLECIMIENTO _____ CIUDAD _____ COMUNA _____
CURSO _____ HORARIO _____
FECHA REGISTRO de los DATOS
DIA MES AÑO

B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____
SEXO M = 1 F = 2 AÑO NACIMIENTO _____ EDAD _____
RESIDENCIA HABITUAL:
CALLE _____ NUMERO _____ POBLACION/VILLA _____ COMUNA _____ CIUDAD _____ CODIF.COM. _____

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORA y DIA de la SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

HORA MINUTOS AÑO MES DIA

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE: LUNES = 1, MARTES = 2, MIERCOLES = 3, JUEVES = 4, VIERNES = 5, SABADO = 6, DOMINGO = 7
ACCIDENTE: DE TRAYECTO = 1, EN LA ESCUELA = 2
a) NOMBRE - APELLIDO _____ C. NAC. DE ID. _____
b) NOMBRE - APELLIDO _____ C. NAC. DE ID. _____

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

FIRMA Y TIMBRE
RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL _____ CODIGO _____ ESTABLEC. _____
DIAGNOSTICO MEDICO _____
HOSPITALIZACION SI = 1, NO = 2
TOTAL DIAS HOSP. _____
INCAPACIDAD SI = 1, NO = 2
TOTAL DIAS INCAPACIDAD _____
PARTE DEL CUERPO AFECTADA _____
TIPO DE INCAPACIDAD: LEVE = 1, TEMPORAL = 2, INVALIDEZ PARCIAL = 3, INVALIDEZ TOTAL = 4, GRAN INVALIDEZ = 5, MUERTE = 6
CAUSA DE CIERRE DEL CASO: ALTA MEDICA = 1, INVALIDEZ = 2, ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3, MUERTE = 4
FECHA CIERRE DEL CASO: AÑO MES DIA
FIRMA DEL ESTADISTICO _____

Form. 0074-3 - OIG 596-192-0005 - 05/2005 - Sonia Castillo D
P-02R-10-00-0-12M-2-01R-0-10R-0-000

