

**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](http://www.isl.gob.cl); [www.convivenciaescolar.cl](http://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](http://www.suseso.cl))***

# DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

N°



Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso.

## A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_

CURSO \_\_\_\_\_ HORARIO \_\_\_\_\_

FECHA REGISTRO de los DATOS

DIA	MES	AÑO

FISCAL O MUNICIPAL = 1

PARTICULAR = 2

## 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

