

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

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

## D. NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL \_\_\_\_\_ CODIGO ESTABLEC. \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO MEDICO \_\_\_\_\_  
 PARTE DEL CUERPO AFECTADA \_\_\_\_\_ HOSPITALIZACION SI = 1  NO = 2  TOTAL DIAS HOSP. \_\_\_\_\_ INCAPACIDAD SI = 1  NO = 2  TOTAL DIAS INCAPACIDAD \_\_\_\_\_  
 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 - C. 06-596-199-0036 - 15/2005 - Social Chile, D. P. 11/27/99-99 0-12-1-1-18/99-99 0-20

