

SEGURO ESCOLAR

D.S. 313/ Mayo 1973

Ley 16.744 Accidentes del Trabajo



SEGURO ESCOLAR

A QUIÉNES PROTEGE:

A todos los Alumnos Regulares de los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado de Chile, en cualquier nivel de enseñanza. (desde pre-kinder a universidades).



SEGURO ESCOLAR

¿DE QUÉ PROTEGE?

De todos los accidentes ocurridos a causa o con ocasión de los estudios, incluidos los de trayecto, en la práctica y organizados por el establecimiento educacional

SEGURO ESCOLAR

DURACIÓN DE LOS BENEFICIOS:

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

SEGURO ESCOLAR

¿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).



SEGURO ESCOLAR

¿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.

SEGURO ESCOLAR

¿QUIÉN ADMINISTRA EL SEGURO ESCOLAR?

- El Ministerio de Salud que otorga las prestaciones médicas
- La Seremi de Salud que resuelven en primera instancia si reviste o no el carácter de escolar.
- El Instituto de Seguridad Laboral (ISL) que otorga las prestaciones económicas.

SEGURO ESCOLAR

BENEFICIOS

Prestaciones Médicas:

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



SEGURO ESCOLAR

BENEFICIOS

Prestaciones económicas:

- Pensión Permanente
- Pensión Temporal
- Cuota Mortuoria

SEGURO ESCOLAR

¿QUIÉN DENUNCIA EL ACCIDENTE?

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



SEGURO ESCOLAR

¿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.



SEGURO ESCOLAR

¿CÓMO SE ACREDITA UN ACCIDENTE DE TRAYECTO?

- Mediante la declaración de testigos presenciales o cualquier medio fehaciente.
- Mediante un parte de Carabineros.

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

SEGURO ESCOLAR



DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

N°

A. INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

FISCAL O MUNICIPAL = 1
PARTICULAR = 2

Nombre Establecimiento		Ciudad	Comuna		
curso		Horario	Fecha Registro de los datos		
			Día	Mes	Año
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	SEXO M=1 F=2	Año Nacimiento	Edad

RESIDENCIA HABITUAL

Calle	numero	población/villa	Comuna	Ciudad	Codif. Com.
-------	--------	-----------------	--------	--------	-------------

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORAY DÍA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

Hora	Minuto	Año	Mes	Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Testigos: (en caso de trayecto)

Día Accidente

Lunes = 1

Martes = 2

Miércoles = 3

Jueves = 4

Viernes = 5

Sábado = 6

Domingo = 7

ACCIDENTE

DE TRAYECTO = 1

EN LA ESCUELA = 2

a)

Nombre - Apellido

C.Nac. Id.

b)

Nombre - Apellido

C.Nac. Id.

Circunstancia del Accidente (describa como ocurrió – causal)

Firma y Timbre
Rector o Representante

SOLO ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

_____ Establecimiento Asistencial Código

S	S
---	---

 -

--	--	--

 Establecimiento

_____ Diagnóstico Médico

	Hospitalización	Total días Hosp.	Incapacidad	Total días incap.
Parte del cuerpo afectada _____	SI = 1 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NO=2	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	SI=1 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> NO=2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Tipo de Incapacidad

- Leve = 1
- Temporal = 2
- Invalidez Parcial = 3
- Invalidez Total = 4
- Gran Invalidez = 5

Causa del cierre del caso

- | | |
|-----------------------------|---|
| Alta Médica = 1 | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| Invalidez = 2 | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| Abandono de Tratamiento = 3 | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| Muerte = 4 | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |

Fecha de cierre del caso

--	--	--

Firma del Estadístico