

## PROCEDIMIENTO FRENTE A ACCIDENTES DE ALUMNOS QUE REALIZAN PRÁCTICAS DEL TRAMO DE EGRESO

### ¿Cuál es la Compañía Aseguradora?



**Póliza N° 40.155.225**

Mail del Productor de Seguro: [JTuja@lasegunda.com.ar](mailto:JTuja@lasegunda.com.ar)

Tel. 0351 -155923499

### ¿Qué cubre este Seguro?

Dicho **seguro de accidentes personales**, brindará cobertura a aquellos alumnos que pudieran sufrir **accidentes leves o graves** dentro de las instituciones/espacios en los que realizan la práctica, o en el trayecto para llegar o retirarse de la misma.

### ¿Qué se entiende por **accidente**?

Toda lesión corporal, que pueda ser determinada por los médicos de manera cierta, sufrida por el alumno independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. No se cubren atenciones médicas por enfermedades. Si la persona se encuentra en estado de ebriedad o bajo la influencia de estupefacientes, sólo recibirá atención primaria, sin poder acceder a la restante cobertura.

### **PASOS A SEGUIR FRENTE A UN ACCIDENTE:**

**1. Accidentes Leves:** son aquellos que pueden ser atendidos en forma ambulatoria.

a) El alumno, referente Institucional o allegado debe **comunicarse de inmediato con el Productor de Seguro** al tel. 0351 - 155923499. Quién realice el llamado deberá indicar el **DNI del alumno accidentado y Nro. de Póliza** correspondiente. El Productor le indicará el Prestador al cual debe dirigirse.

En caso que el siniestro se produzca fuera del horario comercial (9:00 a 18:00 hs) debe dirigirse al **prestador médico más cercano adherido a nuestra Red**. Presentarse invocando número de póliza y con DNI, de esa forma evitará que lo atiendan en forma particular debiendo abonar las prestaciones. En caso que se dirigiera a un **prestador que no pertenece a la Red** deberá pedir las facturas para que luego se gestione el reintegro.

#### **Principales Prestadores de Córdoba Capital:**

- Clínica Reina Fabiola – Oncativo 1248 – 0351 – 4142160
- Sanatorio Allende – Av. Hipólito Irigoyen 384 – 0351-4269254

b) **El alumno, docente de la facultad o referente Institucional, deben comunicar de inmediato el siniestro, mediante un mail a la Oficina de Trabajo Final y para las PPP y PS deberán enviar copia al Coordinador General de las PPP y/o Comisión de Prácticas Supervisadas** (según corresponda), para que se efectivice la denuncia Administrativa dentro de las 72 hs, de ocurrido el accidente. Pasado este tiempo no podrá realizarse la denuncia y el alumno deberá asumir los costos de la atención recibida.

**2. Accidentes Graves:** son aquellos que ponen en peligro la vida o su actividad ambulatoria.

a) Llamar al servicio de Emergencia que se indica a continuación (podrá llamarse otro servicio y se reintegrará el dinero contra presentación de la factura correspondiente)

**ECCO S.A. 4466688 - 4466666**

b) Trasladar al lesionado a un Centro Médico adherido a la Red de nuestros Prestadores, y/o al hospital más cercano a la ocurrencia del siniestro.

c) El referente Institucional o allegado debe **comunicarse de inmediato con el Productor de Seguro** al tel. 0351 - 155923499. Quién realice el llamado deberá indicar el **DNI y Nro. de Póliza** correspondiente. El Productor Asesor de Seguros informará sobre los pasos a seguir en cuanto a su atención médica, traslado, auditoría médica, etc.

d) **El alumno, docente de la facultad o referente Institucional, deben comunicar de inmediato el siniestro, mediante un mail a la Oficina de Trabajo Final y para las PPP y PS deberán enviar copia al Coordinador General de las PPP y/o Comisión de Prácticas Supervisadas** (según corresponda), para que se efectivice la denuncia Administrativa dentro de las 72 hs, de ocurrido el accidente. Pasado este tiempo no podrá realizarse la denuncia y el alumno deberá asumir los costos de la atención recibida.

A continuación se detallan las direcciones de correo y la información que debe ser reportada:

Oficina de Trabajo Final: [trabajofinal@psyche.unc.edu.ar](mailto:trabajofinal@psyche.unc.edu.ar)

Prácticas Supervisadas en Investigación: [psi@psyche.unc.edu.ar](mailto:psi@psyche.unc.edu.ar)

Coordinador de Prácticas Pre-Profesionales: [gentes@psyche.unc.edu.ar](mailto:gentes@psyche.unc.edu.ar)

Comisión de Prácticas Supervisadas: [comisionpracticassupervisadas@psyche.unc.edu.ar](mailto:comisionpracticassupervisadas@psyche.unc.edu.ar)

Datos del Accidentado	
Nombre y Apellido:	
Nro de Documento:	
Fecha Nacimiento:	
Domicilio – Localidad – Provincia:	
Teléfono:	
Datos del Siniestro	
Fecha del siniestro:	
Horario del siniestro:	
Lugar del siniestro:	
Descripción del siniestro:	
Lesiones sufridas:	