

CERTIFICADO DE ALTA



IAPSER
SEGUROS

Nombre y Apellido del Accidentado:		DNI:
E-mail:		
Escuela N°:		Dpto:
E-mail:		
N° de Siniestro:		Fecha del Accidente:
Lugar del Accidente:		
Diagnóstico Definitivo:		
Curado con o sin incapacidad:		
Fecha de Alta:		
Se deja expresa constancia, con carácter de Declaración Jurada, que la persona cuyos datos se detallan ut-supra ha sido dada de alta y que se le brindo la asistencia medico-farmacéutica que requirió la dolencia sufrida con motivo del accidente.		

F: CAE - F: 02/2022

Conforme del Padre, Madre o Tutor
o del Accidentado

Lugar y Fecha:

Firma del Médico