

## AVISO DE ACCIDENTE

Este cuestionario se contesta y entrega en relación con una **Reclamación derivada del Contrato de Seguro contenido en la Póliza de Accidentes Personales Escolares. NO CUBRE GASTOS POR ENFERMEDAD.**

### 1. Datos del Asegurado

Nombre:	Grado:	Fecha de Nacimiento:
---------	--------	----------------------

### 2. Datos del Accidente

Fecha:	Hora:	Lugar en que ocurrió:
--------	-------	-----------------------

Descripción detallada (Favor de ser claro y específico):

Tipo de lesion(es) que presenta:

### 3. Datos de la Institución

Clave:

Nombre de la Institución:

Teléfono:

Sello

Nombre y Firma de autoridad escolar que tomó conocimiento

### 4. Atención Médica

Nombre del Hospital:

Fecha de consulta:

Dirección:

Municipio:

Nombre del Médico:

Teléfono:

### 5. Persona que lleva al accidentado

Nombre:

Firma

Dirección:

Teléfono:

Parentesco:

Lugar y fecha:

Clave/Proveed

Clasificación:

Persona que autoriza por la Compañía:

Núm. Autorización:

A llenar solo por la Compañía

**AVISO:** Se le informa al declarante que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, lo hará acreedor a las sanciones legales en que se incurren los que declaran falsamente e invalidará toda responsabilidad de la Compañía.

Ciclo Escolar 2023-2024