

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:
CURP:		

2. Datos del Accidente

Fecha:	Hora:	Lugar en que ocurrió:
Descripción detallada (Favor de ser claro y específico):		
Tipo de lesión(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:	
Correo:	
Teléfono:	Parentesco:

Lugar y fecha:	Clasificación:	Persona que autoriza por la Compañía:	Núm. Autorización:
Clave/Proveed			

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.