



Aviso de Accidentes Seguro Escolar

Número Autorización _____

(Firma del directivo)
Clave y Sello de Plantel Educativo

Nombre del Colegio: _____
Teléfono: _____ Número de Endoso: _____ Número de Póliza: _____

Procedimiento para Atención Medica Seguro Escolar

Sección I Datos del Asegurado

Nombre _____ Fecha Nac. _____
Teléfono Casa _____ Grado y Grupo _____

b) Datos del accidente

Lugar del accidente _____ Fecha _____ / _____ / _____ Hora: _____
Descripción detallada del accidente

Lesiones que presenta: _____

a) Datos de la Persona que lleva al asegurado

Nombre _____
Teléfono Celular _____ Firma _____

Fechado en _____ el _____ de _____ del 20 _____