



**Aviso de Accidentes Seguro Escolar**

**Número Autorización** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**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 \_\_\_\_\_