**AVISO DE ACCIDENTE**

Programa Seguro Contra Accidentes Personales de Escolares

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No. Póliza**: AIES0001 | **Hospital/Clínica** | Fecha: / / |
| **No. Asistencia:** | **Reembolso: Si ( ) No ( )** |  |

**Agradecemos la atención que se brinde al Alumno(a)**

|  |
| --- |
| Atender al Alumno: |
| Sexo: M ( ) H ( ) | Edad | Grado:  |
| **CURP:** |
| **Nombre y firma del Padre o Madre** (si el afectado es menor de edad): |
| **Domicilio del Asegurado afectado**Calle y número: | Colonia: |
| C.P. | Teléfono: | Teléfono Celular: |
| Correo electrónico: |

# Datos de la escuela

|  |
| --- |
| **Nombre de la Escuela:** |
| **Domicilio:**Calle y número: | Colonia: |
| C.P. | Teléfono:  | Firma: |
| **Nombre del director o persona que autoriza:** |
| Puesto: |
| Correo electrónico: |

**Información del accidente**

**Causa del accidente:**

**Lugar, fecha, hora del accidente:**

# LogoSegurosAztecaVertical-01 (2).jpg

# Informe Médico

**Antecedentes médicos del Lesionado: Alergias; enfermedades y tratamiento actual:**

**Descripción de las lesiones y tratamiento:**

**Datos del Médico**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Teléfono Celular: |
| Domicilio: | Fecha: / / |
| Cédula Profesional: | Firma de Médico: |
| Correo electrónico |