



**Aviso de Accidente Seguro Escolar**



**Número Autorización** \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**a) Datos del accidente**

Lugar del accidente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Descripción detallada del accidente  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Lesiones que presenta: \_\_\_\_\_

**b) Datos de la Persona que lleva al asegurado**

Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

**Vo.Bo. Escuela**

Nombre \_\_\_\_\_

**Sello de la Escuela**