

Aviso de Accidente



Muy Importante

1. Para recibir atención médica debe entregar este cuestionario debidamente llenado, sellado y firmado en original al hospital.
2. Este documento no se acepta con tachaduras ni enmendaduras de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
3. El asegurado deberá presentar Identificación (Credencial del colegio y/o IFE).

No. de Folio

Contratante

Fecha de ocurrido el accidente	Día _ _	Mes _	Año _ _	Ciudad y Estado donde ocurrió el siniestro	Sello de la Escuela y/o Contratante de la Póliza
Nombre del Contratante de la Póliza					
Nombre de la Escuela					
Nombre y firma del responsable	Teléfono Cve. Lada - Número ()	N° Póliza			

Asegurado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento	Día _ _	Mes _	Año _ _
Domicilio	Colonia	Calle	Número	Ocupación		
C.P.	Estado	Delegación	Ciudad			
Teléfono Cve. Lada - Número ()	Fecha del Accidente	Día _ _	Mes _	Año _ _	Hora de Accidente	<input type="radio"/> a.m. <input type="radio"/> p.m.

Actividad escolar que realizaba

Detalle ampliamente cómo, cuándo y dónde le ocurrió el accidente, así como la actividad que realizaba.
(Si el accidente ocurrió fuera de la escuela, detalle de dónde venía y a dónde se dirigía)

¿Accidente automovilístico? Si No Si la respuesta es afirmativa debe anexar el parte de Tránsito.

Nombre y firma del personal de la institución que supervisó la Actividad Escolar

Nombre	Puesto	Firma

Autorizo al (los) Hospital (es) y al médico (s) que me atienden a proporcionar la información que le (s) sea solicitado por HDI Seguros, S.A. de C.V., en relación con el padecimiento objeto de la presente.

Fecha en

Día _ _	Mes _	Año _ _
-------------	-----------	-------------

Firma del Reclamante y/o Asegurado