



## AVISO DE ACCIDENTE

Este aviso deberá acompañarse con el informe médico, así como de las facturas autorizadas con R.F.C. a nombre de la persona a la que se le expedirá el cheque correspondiente. (No se aceptarán las facturas a nombre de un menor de edad).

Este cuestionario se contesta y entrega a "GENERAL DE SEGUROS, S.A.B. en relación con una Reclamación derivada del Contrato de Seguro contenido en la Póliza de Accidentes Personales Colectiva ESCOLAR.

Número de Póliza		Nombre del Contratante:	
Nombre del Asegurado:			
Número de participante que le corresponde de acuerdo al listado de asegurados:			
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Ingreso:	
	Fecha del accidente:	Hora en que ocurrió el accidente:	
Lugar donde ocurrió:			
¿Qué autoridad del Contratante tomó conocimiento del accidente?:			
Describase detalladamente cómo ocurrió el accidente:			
Tipo de lesión(es) sufrida(s):			
Nombre y dirección del Hospital o médico que lo atiende:			
Fecha en que hizo su primer consulta medica sobre la lesión:			

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre del Apoderado:	Sello de la Contratante:
Teléfono del Contratante:	
Correo electrónico:	

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegado a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

**Firma del Director**

**Lugar y Fecha:**

## INFORME MEDICO

Por el presente certificado hago constar que estoy atendiendo a :
De las lesiones que sufrió con motivo del accidente ocurrido con fecha:
Las lesiones que presenta el paciente son:
He recomendado un tratamiento a base de:
<b>Y estimo que el enfermo podrá ser dado de alta dentro de _____ días aproximadamente.</b>

Observaciones:

Firmado en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre del Doctor:	Dirección:
Teléfono:	No. De Cédula Profesional:

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegado a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ .