

INSTRUCCIONES

- 1.- Este formato debe ser firmado por el director y tener el sello de la escuela.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.

DATOS DEL ALUMNO AFECTADO

Nombre del Alumno:	
Edad:	Años
Fecha de Nacimiento:	
Grado escolar:	Turno:

DATOS DE LA ESCUELA

Nombre de la escuela:	
Número de Póliza:	
Dirección:	Teléfono:

DETALLE DEL ACCIDENTE

Fecha de Ocurrido:		Hora de ocurrido:
¿Dónde ocurrió el accidente?:	() Escuela	<input type="checkbox"/> En el salón de clases <input type="checkbox"/> Al realizar una actividad <input type="checkbox"/> Recreo <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?
	() Trayecto	<input type="checkbox"/> De su casa a la escuela <input type="checkbox"/> De la escuela a su casa

Breve descripción del accidente, especificar ¿CÓMO? ¿CUÁNDO? y ¿DÓNDE? :

Lesiones Presentadas:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>											 <p>Marca la zona afectada</p>
Tomó conocimiento de los hechos: _____ Fecha: _____ Hora: _____											

Nota: El pago del deducible contratado será cubierto por el afectado, en la atención del accidente ya sea en Pago Directo o Reembolso.
 Manifiesto que conozco y acepto lo establecido en el Aviso de Privacidad de MAPFRE TEPEYAC, S.A.

Ciudad o Lugar: _____ Fecha: _____