



## Aviso de Accidente Seguro Escolar

01 800 026 9906

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 \_\_\_\_\_