

(Este formato deberá ser contestado por el Asegurado)

Institución Contratante o Titular	No. de Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTADO

Nombre del Asegurado afectado			Fecha de Nacimiento	Edad	Fecha de alta al Seguro
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Parentesco con el Asegurado			Ocupación		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

Domicilio	Colonia	Ciudad	Código Postal	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Ha presentado gastos anteriores por este accidente en esta u otra compañía? Sí NO No. de Sin.

Nombre del Agente	Clave del Agente
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad	Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detalle el accidente ¿Cómo y dónde ocurrió?	¿A qué hora ocurrió el accidente?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Qué lesiones corporales declara usted que fueron causando por el accidente?
<input type="text"/>

¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?
<input type="text"/>

Hospital en que fue atendido	Hospital en que fue atendido u hospitalizado
<input type="text"/>	del <input type="text"/> hasta <input type="text"/>

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (Anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)
<input type="text"/>

DATOS DE SALIDA (SOLO APLICA PARA PÓLIZAS DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES)

Esta sección deberá ser llenada sólo en el caso en el que el accidente se haya presentado en actividades derivadas de un evento educativo, cívico, cultural, ecológico o deportivo, organizadas por las autoridades educativas, actividades que hayan sido programadas y supervisadas por la dirección de la escuela.

Detalle de las actividades:
<input type="text"/>

Nombre del encargado responsable por parte de la Institución Educativa:	Cargo que desempeña:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA: Presentar credencial y/o documento para demostrar pertenencia a la Institución Educativa.

NOTA: Autorizo a las Compañías de Seguros, a los médicos y a los hospitales que me hayan atendido a proporcionar la información que les sea solicitado por SEGUROS EL POTOSÍ, S.A., con relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original. Anexa copia del expediente hospitalario e historia clínica.

AVISO: La inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente informe, releva de toda responsabilidad a Seguros El Potosí, S.A.

San Luis Potosí, S.L.P. a: _____ de _____ del _____

Firma del responsable y Sello de Institución Educativa

Nombre y firma del Asegurado Accidentado