



SCOUTS

México [®]

AVISO DE ACCIDENTE PARA PÓLIZAS PERSONALES DE LA ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE MÉXICO, A.C.

No. De Póliza

Provincia _____ Grupo _____ Contratante _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento
día _____ mes _____ año _____

Edad _____ Domicilio _____

_____ Teléfono _____

Fecha en que ocurrió el accidente _____ Hora del accidente _____ ¿A nombre de quien se expedirá el cheque de reembolso?
día _____ mes _____ año _____

Fecha de la primera consulta _____ ¿Cuál fue el accidente? (Detalles cómo y donde ocurrió)
día _____ mes _____ año _____

Si estuvo hospitalizado, diga el nombre del Hospital _____ Días que estuvo recluso _____

¿Desde que día quedó afectado completamente incapacitado?
Desde el _____ de _____ de _____ hasta el _____ de _____ de _____

Si después de este periodo siguió incapacitado parcialmente, dígame por cuanto tiempo
Desde el _____ de _____ de _____ hasta el _____ de _____ de _____

¿Tiene el afectado algún otro seguro contra accidente?
Si No En caso afirmativo, ¿En que Compañía? _____

Nombre y dirección de los médicos que lo han atendido por el procedimiento objeto de esta reclamación.

Autorizo al (a los) médico (s) que atienden al afectado a proporcionar la información que sea solicitada por la presente reclamación

Nombre del padre o tutor _____

Dirección _____ Teléfono _____

Firma del Padre o Tutor

Firma del Jefe de Grupo