



FORMA DE RECLAMO DE ACCIDENTE ESCOLAR

Póliza No. _____
 Nombre del Estudiante _____ Edad _____ Grado _____
 Dirección del Estudiante _____ Tel. Residencial _____
 Nombre de la Escuela _____
 Nombre del Padre _____
 Fecha de la Lesión _____, 20 ____ Hora ____ A.M. ____ P.M. ____
 Naturaleza de la Lesión _____
 Nombre del maestro encargado _____

En el momento del accidente, el estudiante estaba (favor indicar)

| <u>En la Escuela</u> | | <u>Fuera de la Escuela</u> | | <u>Viajando</u> | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Edificio Escolar | <input type="checkbox"/> | Actividad patrocinada por la escuela | <input type="checkbox"/> | Hacia la escuela | <input type="checkbox"/> |
| Terrenos de la escuela | <input type="checkbox"/> | Actividad supervisada por la escuela | <input type="checkbox"/> | De la escuela | <input type="checkbox"/> |
| Horas de clase | <input type="checkbox"/> | Actividades Curriculares | <input type="checkbox"/> | En autobús propiedad de la escuela | <input type="checkbox"/> |
| Después de horas de clases | <input type="checkbox"/> | Actividades Sociales | <input type="checkbox"/> | En autobús contratado por la escuela | <input type="checkbox"/> |
| Hora de Almuerzo | <input type="checkbox"/> | Servicios Religiosos | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |

DESCRIBA EN DETALLE COMO Y DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE _____

Primer médico tratado
 Fechado _____, 20 ____
 Firma del Maestro encargado o Director del Planel, y Sello del Colegio _____

SECCIÓN II Informe del Médico

Naturaleza de la lesión (Indique complicaciones, si alguna)

En caso de hospitalización, dé el nombre y dirección del Hospital. _____
 Hospital Ciudad

Naturaleza de la operación, si alguna, honorario por esta operación y fecha de la misma. B/ _____ Fecha: _____, 20 ____

Fechas de Tratamiento _____ Cargos por visitas _____
 Oficina _____ B/ _____
 Hogar _____ B/ _____
 Hospital _____ B/ _____

Fecha _____, 20 ____ Firma _____ Médico

Dirección _____ Tel. Núm. _____
 Calle y Núm. Ciudad Provincia

IMPORTANTE:
 EL MEDICO Y/O EL HOSPITAL QUEDAN AUTORIZADOS A SUMINISTRAR A MAPFRE PANAMA, S.A., LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA LESIÓN.

Queda entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este Reclamo hasta la obtención de todos los recaudos necesarios para la misma a su completa satisfacción.

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínicas de todos y cada uno de los profesionales que interviene en el caso (Cirujano, Anestesiista, Ayudante, Radiólogo, Laborista, etc.).

AUTORIZO A MAPFRE PANAMA, S.A. QUE PAGUE LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS BAJO ESTA PÓLIZA A:
 MEDICO ASEGURADO HOSPITAL OTRO _____