



ASOCIACIÓN DE SCOUTS DE MÉXICO, A.C.

## AVISO DE ACCIDENTE

Provincia	Grupo	CUM
-----------	-------	-----

Nombre del Asegurado Afectado	Fecha de Nacimiento día                      mes                      año
-------------------------------	--

Edad	Domicilio	Teléfono
------	-----------	----------

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

Fecha de la primera consulta día                      mes                      año	Si estuvo hospitalizado, diga el nombre del Hospital	Días que estuvo recluso
---	--	-------------------------

¿Cuál fue el accidente? (Detalles cómo y dónde ocurrió)

¿Desde qué día quedó el 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