



**AVISO DE ACCIDENTE**  
**Póliza de Accidentes Personales "ESCOLAR"**

Aut: \_\_\_\_\_

<b>No. Póliza:</b>	<b>Hospital/Clínica</b>	<b>Fecha:</b> / /
--------------------	-------------------------	-------------------

**Agradecemos la atención que se brinde al Alumno(a) y/o Personal Administrativo**

Atender al Alumno/Docente/ Administrativo:		
--	--	--

Sexo: M ( ) F ( )	Edad años	F. Nac: / /	Grado: Docente ( ) Administrativo ( )
-------------------	-----------	-------------	---------------------------------------

<b>Nombre y firma del Padre o Madre</b> (si el afectado es menor de edad):
--

**Domicilio del Asegurado afectado**

Calle y número:		
-----------------	--	--

Colonia:	Delegación:	C.P.
----------	-------------	------

Correo electrónico:	Teléfono:	Teléfono Celular:
---------------------	-----------	-------------------

**Datos de la escuela**

<b>Nombre de la Escuela:</b>
------------------------------

Domicilio:	Colonia:
------------	----------

Delegación:	C.P.	Teléfono:	Correo electrónico:
-------------	------	-----------	---------------------

<b>Nombre del Director o persona que autoriza:</b>	<b>Sello de la Escuela:</b>
--	-----------------------------

Puesto:
---------

Firma:
--------

**Información del accidente**

<b>Lugar, fecha, hora del accidente:</b>
--

<b>Causa del accidente:</b>
-----------------------------

**Informe Médico**

<b>Antecedentes médicos del Lesionado: Alergias; enfermedades y tratamiento actual:</b>
---

<b>Descripción de las lesiones y tratamiento:</b>
---

**Datos del Médico**

Nombre:	Teléfono Celular:
---------	-------------------

Domicilio:	Fecha: / /
------------	------------

Cédula Profesional:	Firma de Médico:
---------------------	------------------

Correo electrónico
--------------------

**Reportar a: PROGRAMA VASEGUR@ / Seguros Atlas al 01 800 836 3342 / 54-48-48-14**

cdmxatlasap2016@gmail.com

1. Esta carta autorización solo ampara accidentes por actividades dentro y fuera de la escuela, participando en algún evento programado y supervisado por la escuela. **Gastos Personales a Cargo del Asegurado**

2. Esta carta autorización tiene 72 hrs. de vigencia y es válida únicamente para el Hospital o Clínica de referencia.

3. Enviar facturas en un plazo no mayor a 15 días a la fecha de atención.

**Se autoriza a Seguros Atlas S. A. para obtener historia clínica, prescripciones, tratamientos, radiografías de los Hospitales, Clínicas, Sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud que hayan examinado al asegurado afectado con relación a cualquier lesión que haya sufrido.**

**Aviso de privacidad al reverso**

## **AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTE**

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

### **CONSENTIMIENTO**

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

**En cumplimiento con lo dispuesto en los artículos 14,15,16 de la LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA EL DISTRITO FEDERAL, la información proporcionada es de carácter confidencial, y su tratamiento, requerirá el consentimiento inequívoco expreso y por escrito del interesado, por lo que declaro que todos los datos aquí contenidos son ciertos y autorizo el tratamiento de mis datos personales cuando por motivos de salud resulte necesario para la asistencia o examinación médica.**

**Además:**

**Este programa es de carácter público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.**

