



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

BIENESTAR
EDUCATIVO

VASEGUR@



AVISO DE ACCIDENTE

Programa Seguro Contra Accidentes Personales de Escolares "Va Segur@"

Aut: _____

No. Póliza:	Hospital/Clínica	Fecha: / /
-------------	------------------	------------

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

Atender al Alumno/Docente/ Administrativo:

Sexo: M () H () Edad: _____ Grado: _____ Docente() Administrativo ()

De acuerdo a su cultura ¿Se considera Indígena? (Si) (Si en Parte) (No) (No Sabe)	¿Habla Lengua Indígena? (Si) (No)	¿Qué Lengua indígena habla?
---	--------------------------------------	-----------------------------

CURP: _____

Nombre y firma del Padre o Madre (si el afectado es menor de edad): _____

Domicilio del Asegurado afectado Calle y número:	Delegación:	C.P.
---	-------------	------

Colonia: _____ Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____

Datos de la escuela

Nombre de la Escuela: _____

Domicilio: _____ Colonia: _____

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

Nombre del Director o persona que autoriza: _____ Sello de la Escuela: _____

Puesto: _____

Firma: _____

Información del accidente

Lugar, fecha, hora del accidente: _____

Causa del accidente: _____

Informe Médico

Antecedentes médicos del Lesionado: Alergias; enfermedades y tratamiento actual: _____

Descripción de las lesiones y tratamiento: _____

Datos del Médico

Nombre: _____ Teléfono Celular: _____

Domicilio: _____ Fecha: / /

Cédula Profesional: _____ Firma de Médico: _____

Correo electrónico: _____

Reportar a: PROGRAMA VASEGUR@ / Seguros Azteca S.A. de C.V. al 800 022 00 67 / 55-47-38-67-90

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 Azteca S. A. de C.V. 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](#)



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

BIENESTAR
EDUCATIVO

VASEGUR@



AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTE

Seguros Azteca, S.A. de C.V., con domicilio convencional para oír y recibir notificaciones en Insurgentes Sur 3579, Colonia Villa Olímpica, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14020, Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus Datos Personales, los cuales serán utilizados a efecto de dar contestación a comunicaciones generadas por esta vía y proveerle los productos o prestarle los servicios solicitados. Usted puede conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral en el sitio web www.segurosazteca.com.mx en la sección Aviso de Privacidad.

El contenido de este e-mail y cualquier archivo que se adjunte al mismo es propiedad de la institución y podría contener información privada, confidencial y/o privilegiada para uso exclusivo del Destinatario. Si Usted ha recibido esta comunicación por error, no está autorizado para copiar, retransmitir, utilizar, o divulgar este mensaje ni los archivos adjuntos. En este caso por favor notifique inmediatamente al remitente por este mismo conducto.

VASEGUR@



ENCUESTA DE SERVICIO

¿Cómo calificaría la atención del personal que lo recibe en urgencias?

- a) Muy satisfactoria
- b) Satisfactoria
- c) Insatisfactoria

¿Cómo califica el tiempo de espera hasta ser atendido por un médico?

- a) Muy satisfactoria
- b) Satisfactoria
- c) Insatisfactoria

¿Cómo califica la atención por parte del médico?

- a) Muy satisfactoria
- b) Satisfactoria
- c) Insatisfactoria

¿Cómo calificaría la información que recibió con respecto a su paciente?

- a) Muy satisfactoria
- b) Satisfactoria
- c) Insatisfactoria

¿Cómo considera la limpieza, iluminación y comodidad de la clínica u hospital?

- a) Muy satisfactoria
- b) Satisfactoria
- c) Insatisfactoria

¿Cómo es su percepción general de la atención recibida?

- a) Muy satisfactoria
- b) Satisfactoria
- c) Insatisfactoria

Nombre del Hospital o Clínica _____

Nombre de Paciente _____

Nombre de Padre o Tutor _____

Firma de Afectado

Firma del Padre o Tutor

Teléfono de Casa _____

E mail _____

Teléfono Cel. _____

Fecha _____