

Institución Contratante UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA AC **No. de Póliza** CFD, GASTRO, DEPORTES: APCE 528 06

Asegurado o Titular UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA AC **Ocupación**

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTADO

Nombre del Asegurado afectado **Fecha de Nacimiento** **Edad** **Fecha de alta al Seguro**

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s) Día Mes Año Día Mes Año

Parentesco con el Asegurado **Ocupación**

Domicilio **Colonia** **Ciudad** **Código Postal** **Teléfono**

¿Ha presentado gastos anteriores por este accidente en esta u otra Compañía? SI () NO () No. de Sin. ()

Nombre del Agente **Clave del Agente**

JUAN CARLOS VAZQUEZ ARMERIA 061596

Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad

Detalle el Accidente ¿Cómo y dónde ocurrió? Día Mes Año
¿A qué hora ocurrió el accidente?

¿Qué lesiones corporales declara usted que fueron causados por el accidente?

¿Qué estudios de laboratorio y gabinete le fueron realizados?

Hospital en que fue atendido **Hospital en que fue atendido u hospitalizado**

del _____ hasta _____

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (Anexar copias de las actuaciones del Ministerio Público)

DATOS DE LOS MEDICOS QUE LO HAN ATENDIDO

Nombre **Especialidad**

Dirección **Teléfono**

NOTA: Autorizo a las Compañías de Seguros, a los médicos y a los hospitales que me hayan atendido a proporcionar la información que les sea solicitado por SEGUROS EL POTOSI, S.A., en relación a los padecimientos por los cuales me hayan tratado. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original. Anexa copia del expediente hospitalario e historia clínica.

AVISO: La inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente informe, releva de toda responsabilidad a Seguros El Potosí, S.A.

San Luis Potosí, S.L.P. a: _____ de _____ del _____

Firma o Sello del Titular

Nombre y firma del Asegurado Accidentado