



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](http://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 \_\_\_\_\_