







AVISO DE ACCIDENTE

Póliza de Accidentes Personales "ESCOLAR" Aut: DF2001211801

		Hospital/Clínica: HOS	JIII BINIE IEMICI	C Fecha: 2021-01-20	10.42.50
		ión que se brind	e al Alumno(a) y/o		nistrativo
Atender al Alumno/Docente/ Administrativo:			DE AGUILAR FRAE		
	FEMENINO	T	Edad:	21	1
	2000-01-20 años	Grado:	PREESC 1	DOCENTE()	ALUMNO(x)
Nombre y firma del Padre o		menor de edad):	JUAIRE TREADWA	Y POOCK	
Domicilio del Asegurado a					
Calle y número: CALLE 20					
Colonia: Agrícola Oriental		Delegacion: Iztacalco			
Correo: Telefono: 555555		Telefono: 555555555		Telefono Celular: 5:	555555555
		Datos	de la escuela		
Nombre de la escuela:			CECYT NO 5 BENIT	O JUAREZ GARCIA	
Ciudad:	CIUDAD DE MÉXICO	Alcaldia:	CUAUHTÉMOC	Calle:	CALLE AYUNTAMIENTO
CP:	6040	Telefono:	55120398	Correo:	
Nombre del director o persona que autoriza: OPEZ LOPEZ DAVID		Puesto: DIRECTOR		Firma:	
Lugar,fecha, hora del accid	lente:	Informacio	ón del accidente		
HABITACION DE CASA,		Informaci	ón del accidente		
•		Informacio	ón del accidente		
HABITACION DE CASA,			ón del accidente me Médico		
HABITACION DE CASA,	, 2020-01-19 11:00:00	Infor	me Médico		
HABITACION DE CASA, Causa del accidente:	, 2020-01-19 11:00:00	Infor	me Médico		
HABITACION DE CASA, Causa del accidente: Antecendentes médicos del Descripción de las lesiones EN HABITACION DE CASA,	, 2020-01-19 11:00:00 I Lesionado: Alergias; enfes y tratamiento: ASA,EL 2020-01-19 11:0	Information Inform	me Médico to actual: ADURA,EN CABEZA,SE		
HABITACION DE CASA, Causa del accidente: Antecendentes médicos del Descripción de las lesiones	, 2020-01-19 11:00:00 I Lesionado: Alergias; enfes y tratamiento: ASA,EL 2020-01-19 11:0	Information Inform	me Médico to actual: ADURA,EN CABEZA,SE		
HABITACION DE CASA, Causa del accidente: Antecendentes médicos del Descripción de las lesiones EN HABITACION DE CA PARPADO SUPERIOR I	, 2020-01-19 11:00:00 I Lesionado: Alergias; enfes y tratamiento: ASA,EL 2020-01-19 11:0	Information Inform	me Médico to actual: ADURA,EN CABEZA,SE OLOR,INFLAMACION del Médico		
HABITACION DE CASA, Causa del accidente: Antecendentes médicos del Descripción de las lesione: EN HABITACION DE CA PARPADO SUPERIOR I	, 2020-01-19 11:00:00 I Lesionado: Alergias; enfes y tratamiento: ASA,EL 2020-01-19 11:0	Information Inform	me Médico to actual: ADURA,EN CABEZA,SE OLOR,INFLAMACION del Médico Télefono Celular:		
HABITACION DE CASA, Causa del accidente: Antecendentes médicos del Descripción de las lesiones EN HABITACION DE CA PARPADO SUPERIOR I	, 2020-01-19 11:00:00 I Lesionado: Alergias; enfes y tratamiento: ASA,EL 2020-01-19 11:0	Information Inform	me Médico to actual: ADURA,EN CABEZA,SE OLOR,INFLAMACION del Médico		
HABITACION DE CASA, Causa del accidente: Antecendentes médicos del Descripción de las lesiones EN HABITACION DE CA PARPADO SUPERIOR I Nombre: Domicilio:	, 2020-01-19 11:00:00 I Lesionado: Alergias; enfes y tratamiento: ASA,EL 2020-01-19 11:0	Information Inform	me Médico to actual: ADURA,EN CABEZA,SE OLOR,INFLAMACION, del Médico Télefono Celular: Fecha:		

Reportar a: PROGRAMA VASEGUR@ / Seguros Atlas al 800 836 3342 / 55 54-48-48-14 1. Esta carta autorización sólo 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.La presente carta de autorización tiene una vigencia de 24 hrs. a partir de la fecha de expedición y es válida únicamente para el Hospital o Clínica de referencia. 3. Enviar facturas en un plazo no mayor a 5 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, CDMX 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 internetwww.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 LA CDMX, 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.









ENCUESTA DE SERVICIO | DF2001211801

¿Cómo calificaría la atención del personal que lo recibe en urgencias?
a) Muy satisfactoria
b) Satisfactoria
c) Insatisfactorio
¿Cómo califica el tiempo de espera hasta ser atendido por un médico?
a) Muy satisfactorio
b) Satisfactorio
c) Insatisfactorio
¿Cómo considera la atención por parte del médico?
a) Muy satisfactoria
b) Satisfactoria
c) Insatisfactorio
¿Cómo calificaría la información que recibió con respecto a su paciente?
a) Muy satisfactoria
b) Satisfactoria
c) Insatisfactorio
¿Cómo considera la limpieza, iluminación y comodidad de la clínica u hospital?
a) Muy satisfactoria
b) Satisfactoria
c) Insatisfactorio
¿Cómo es su percepción general de la atención recibida?
a) Muy satisfactoria
b) Satisfactoria
c) Insatisfactoria
Nombre del Hospital o Clínica: HOSPITAL SAME TLAHUAC Nombre del Paciente: DE AGUILAR FRABIZIO LOAEZA Nombre del Padre o Tutor: JUAIRE TREADWAY POOCK

Firma del Afectado.
Télefono casa: 555555555
Télefono Cel: 555555555

Firma del Padre o Tutor.

Email: Fecha: