

**FORMULARIO DE RECLAMACIONES POR GASTOS
MEDICOS DE ESTUDIANTES**

COLEGIO: _____ POLIZA APG _____ CLASE _____

Nombre del padre o tutor: _____

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Qué actividad desarrollaba el estudiante en el momento de ocurrir el accidente.	
Estaba esta actividad patrocinada o supervisada por el colegio.	
Tuvo lugar el accidente fuera o dentro del local del colegio. A qué hora.	
Describa detalladamente cómo ocurrió el Accidente.	
Recomienda Ud. el pago de esta reclamación.	

FECHADA EN: _____ EL DIA: _____

Mediante la presente certificamos que las declaraciones y respuestas hechas arriba son verdaderas, según nuestro leal saber y que no ha sido ocultado a SEGUROS UNIVERSAL, ningún hecho de importancia.

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA AUTORIZADA DEL COLEGIO

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NOTA: En todos los casos el colegio debe firmar este formulario y anexar los recibos correspondientes.

Este pago debe Hacerse al Colegio

Al Padre o Tutor