MAPFRE
PANAMÁ

FORMA DE RECLAMO DE ACCIDENTE ESCOLAR

Póliza No. _____

Nombre del Estudiante _____ Edad _____ Grado _____

Dirección del Estudiante _____ Tel. Residencial _____

Nombre de la Escuela _____

Nombre del Padre _____

Fecha de la Lesión _____, 20 ___ Hora ____ A.M. ____ P.M. ____

Naturaleza de la Lesión _____

Nombre del maestro encargado _____

En el momento del accidente, el estudiante estaba (favor indicar)

En la Escuela		**Fuera de la Escuela**		**Viajando**	
Edificio Escolar	☐	Actividad patrocinada por la escuela	☐	Hacia la escuela	☐
Terrenos de la escuela	☐	Actividad supervisada por la escuela	☐	De la escuela	☐
Horas de clase	☐	Actividades Curriculares	☐	En autobús propiedad de la escuela	☐
Después de horas de clases	☐	Actividades Sociales	☐	En autobús contratado por la escuela	☐
Hora de Almuerzo	☐	Servicios Religiosos	☐	_____	☐

DESCRIBA EN DETALLE COMO Y DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE _____

_____

_____

Primer médico tratado

Fechado _____, 20 ____ _____

Firma del Maestro encargado o Director del Planel, y Sello del Colegio

---

SECCIÓN II **Informe del Médico**

Naturaleza de la lesión (Indique complicaciones, si alguna)

_____

En caso de hospitalización, dé el nombre y dirección del Hospital. _____

Hospital Ciudad

_____

Naturaleza de la operación, si alguna, honorario por esta operación y fecha de la misma. B/. _____ Fecha: _____, 20 ____

_____

Fechas de Tratamiento

Cargos por visitas

Oficina _____ B/. _____

Hogar _____ B/. _____

Hospital _____ B/. _____

Fecha _____, 20 ____ Firma _____

Médico

Dirección _____ Tel. Núm. _____

Calle y Núm. Ciudad Provincia

IMPORTANTE:
EL MEDICO Y/O EL HOSPITAL QUEDAN AUTORIZADOS A SUMINISTRAR A MAPFRE PANAMA, S.A., LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA LESIÓN.

Queda entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este Reclamo hasta la obtención de todos los recaudos necesarios para la misma a su completa satisfacción.

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínicas de todos y cada uno de los profesionales que interviene en el caso (Cirujano, Anestesista, Ayudante, Radiólogo, Laborista, etc.).

AUTORIZO A MAPFRE PANAMA, S.A. QUE PAGUE LOS GASTOS MÉDICOS INCURRIDOS BAJO ESTA PÓLIZA A:

MEDICO ☐ ASEGURADO ☐ HOSPITAL ☐ OTRO _____