

NOMBRE DEL CONTRATANTE:		FECHA DE ELABORACIÓN:	
NO. DE PÓLIZA:	NOMBRE DEL ALUMNO:		
FECHA DE NACIMIENTO:	CURP:	NO. DE CERTIFICADO:	
SUMA ASEGURADA:	DEDUCIBLE:	FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE:	
DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL ACCIDENTE (LUGAR Y CÓMO OCURRIÓ):			
HOSPITAL AL QUE SE DIRIGE:			
DATOS DEL ACOMPAÑANTE DEL ALUMNO			
NOMBRE COMPLETO:		TELÉFONO:	PARENTESCO:

Hacemos constar que el accidente mencionado ocurrió dentro de la cobertura de actividades y/o horarios laborales/escolares; así mismo hacemos constar que la persona accidentada se encuentra registrada en nuestra institución, además reiteramos que los gastos que excedan la suma asegurada contratada no serán cubiertos por PLENIT COMPAÑÍA DE SEGUROS.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR O AUTORIDAD (CORRESPONDIENTE):

Importante: La presente no implica la aceptación de la reclamación y/o autorización para atención en Pago Directo por parte de PLENIT COMPAÑÍA DE SEGUROS, solo es de carácter informativo.

ESTE PASE TIENE UNA VIGENCIA DE ATENCIÓN HASTA 48 HRS DESPUÉS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad completo a través de la página web www.plenit.mx, al teléfono **222 690 7110** o a través del correo contacto@plenit.mx