

I. DATOS DEL ALUMNO LESIONADO

Nombre: BRISA REGINA MARTINEZ CASTRO		CURP: MACB180927MMCRSRA5		Fecha de Nacimiento: 27/09/2018		Grado: 3°	
El Alumno cuenta con Seguridad Social, Cuál?				IMSS []	ISSSTE []	ISSEMYM []	
CCT: 15EJN4163T		Nombre de la Escuela: JARDIN DE NIÑOS "PAULO FREIRE"		Municipio de la Escuela: TOLUCA		Teléfono Escolar: 7223566570	
DGEB: Subdirección Regional:							
SEIEM: Subdirección Regional y/o Valle (Toluca, México):							
Turno		Horario Escolar			Calendario Escolar	190 días	
Mat X	Vesp	Comp	DE: 9:00	A: 13:00			

II. DETALLES DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente: 13/02/2024		Fecha de Elaboración: 13/02/2024	
Hora aproximada en la que ocurrió el Accidente: 12:20			
¿En dónde ocurrió el accidente?	En el Salón de Clases [X]		Recreo/Receso []
	Otra ¿Cuál? []		
	Trayecto: De su casa a la escuela []		De la escuela a su casa []
Breve descripción del Accidente: LA ALUMNA SE SUBIO A LA SILLA SALTO Y EN ESE MOMENTO PERDIO EL EQUILIBRIO Y CAYO ALCANZANDO A PEGARSE CON UNA MOCHILA DE CARRITO PROVOCANDO UNA AVERTURA EN LA PARTE CENTRAL DE LA FRENTE.			

CONSIDERACIONES GENERALES:

- El Seguro Escolar será procedente única y exclusivamente, en accidentes ocurridos al interior de la escuela o bien en los trayectos directos de la casa a la escuela y/o viceversa hasta por dos horas, así como en las actividades extraescolares (visitas guiadas, desfiles, excursiones etc.) debidamente programadas y autorizadas por la autoridad educativa que corresponda y hayan sido reportadas al Seguro Escolar, quien determinará si se cubre o no dicha actividad, en tal supuesto, deberán entregar al Hospital (Parte de la red Médica de la Póliza) copia del correo electrónico que les remitió la Coordinación Estatal del Seguro Escolar, en donde se les notifica que el evento es cubierto.
- La cobertura máxima por concepto de gastos médicos por accidente es de \$25,000.00 por evento. En caso de que el monto a pagar sea superior a esta cantidad, el excedente deberá ser cubierto por el padre de familia o tutor.
- No se cubren golpes simples (moretones superficiales, heridas no sangrantes como rasguños, arañes y raspones), así como mareos, desmayos, desvanecimientos y las lesiones resultantes de los mismos.
- Se informa que la inexacta o falsa declaración de los hechos proporcionada en el presente Documento, invalidará toda responsabilidad de la Aseguradora.
- En ausencia del Director Escolar, la persona que quede a cargo de la Institución, será el responsable de requisitar la Carta y deberá anotar su Nombre, Cargo y Firma (Sin estos requisitos NO será válida la Carta).
- En caso de no contar con el Sello Escolar, anotar al margen la razón por la cual no se cuenta con el mismo.

MTRA. JURETA BANDERA BERNAL
 NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR ESCOLAR
 SELLO ESCOLAR

MONICA DANIELA CASTRO MENDOZA
 NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE Y/O MADRE DE
 FAMILIA Y/O TUTOR

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA SEGURO ESCOLAR
 (722) 232 48 45, 232 47 60, 232 47 96
 232 47 73, 232 31 78