



Formulario di Aksidente

PUNTONAN DI ATENSHON IMPORTANTE

- E formulario aki por wòrdu usá solamente **un biaha** komo karta di garantia pa kuido di urgensia na un dòkter di kas of instansha di kuido mediko a konsekuensha di un aksidente durante orario di skol.
- Gastunan adishonal manera remedi i konsulto mediko mester wòrdu deklará na e seguro di malesa di e alumno mes.
- Unikamente e resibu original di e instansha di kuido korespondiente akompañá pa e formulario original ta wòrdu pagá.

FECHA I LUGA DI INSIDENTE

Nòmber di skol:

Fecha i orario di e aksidente:

Lugá/sitio di e aksidente:

INFORMASHON DI E ALUMNO LESHONÁ

Nòmber:

Fecha di nasementu:

DATOS NAN DI E MAYORNAN

Nòmber di Tata of Mama:

Number di telefòn:

DETAYE NAN DI E AKSIDENTE

Diskripshon di e aksidente i e kondishon di e leshon:

TRATAMENTU MEDIKO

Instansha di kuido mediko ku ta trata e alumno konserní:

SEGURO MEDIKO

E alumno ta sigurá na:

SVB ENNIA GUARDIAN Otro,

DÒKTER DI KAS

Nòmber di dòkter di kas di e alumno:

FIRMA (E formulario aki ta valido unikamente ku firma di e kabes di skol i ku stempel di e skol konserní)

Fecha:

Firma di e kabes di skol, pro-visto di e stempel di skol:

MANDA BO KUENTA DENTER DI 30 DIA HUNTU KU E FORMULARIO DI DAÑO ORIGINAL NA:

CG United Insurance Ltd.

Schottegatweg Oost 40

T +5999 737 4005 | E info@cg.insure

