

**POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES No 99400000005
EMITIDA PARA EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**

VIGENCIA MARZO 31 DE 2016 A 21 DE MARZO DE 2018

FORMATO DE CERTIFICACION DE ESTUDIANTE ASEGURADO

Señor Servidor Público o Docente, por favor tener en cuenta lo siguiente:

1. Tratándose de accidentes ocurridos al interior de la Institución Educativa en la jornada escolar, los servicios que se prestan mediante la póliza de accidentes escolares sólo aplica cuando el estudiante sufre un accidente encontrándose en los predios de la institución Educativa, o fuera de ellos, siempre y cuando esté ejecutando alguna actividad en representación de ella.
2. Por favor presente este formato diligenciado ante cualquiera de las instituciones de la red médica proporcionada por Aseguradora Solidaria o si desea conocer que Institución puede atenderlo por favor comuníquese al #789, desde cualquier operador móvil; o a la línea gratuita 018000512021 a Nivel Nacional, o al 0312916868
3. Acompañe al estudiante a la Institución Médica y estando allí solicite la atención por accidente; la institución médica validará la cobertura y servicios de acuerdo con las condiciones técnicas otorgadas.
4. Diligencie la siguiente información y haga entrega de este formato a la Institución Médica:

Nombre de la Institución Educativa: _____

Nombre del Rector de la Institución Educativa: _____

Teléfono de la Institución Educativa: _____

Nombre y firma del Docente que certifica que el estudiante accidentado que está solicitando la atención médica es alumno de la Institución Educativa:

Nombre

Firma

Nombre del Estudiante: _____

Lugar y Fecha del Accidente: _____

Número de identificación del estudiante: _____

Nombre y Teléfonos contacto del estudiante:

Nombre

Teléfonos