

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL No. 1000008909

TOMADOR: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

VIGENCIA: DESDE 16 FEBRERO /2025 HORA 00:00 HASTA 5 MARZO /2026 HORAS 24 HORAS

FORMATO DE CERTIFICACIÓN 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 Integral Estudiantil sólo aplican 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.

Esta cobertura se amplía a cubrir los eventos que ocurran mientras el asegurado se desplaza desde su lugar de origen a la Institución Educativa y durante las tres (3) primeras horas después de terminar la jornada académica.

2. Para el amparo de Gastos Médicos siga las siguientes indicaciones:

A. Presente este formato diligenciado ante cualquiera de las instituciones de la red médica proporcionada por Seguros de Vida Del Estado, que puede consultar en la página web <https://www.segurosdevidadelestado.com> o que puede consultar en nuestras líneas de atención, Bogotá: 601-4434818 - Celular: #388 o 01 8000 123 010, opción 1-2-1

B. 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.

3. Para la cobertura de traslado al centro médico y/o al lugar de origen siga las siguientes indicaciones:

C. Comuníquese en nuestras líneas de atención, Bogotá: 601-4434818 - Celular: #388 o 01 8000 123 010, opción 1-2-1

A. Identifíquese como acompañe o asegurado de la póliza de Accidentes Integral Estudiantil del Municipio de Cali, en la línea validarán la cobertura y servicios de acuerdo con las condiciones técnicas otorgadas.

4. Es obligatorio diligenciar la siguiente información y hacer entrega de este formato a la Institución Médica y/o a la empresa de servicio de transporte (en caso de utilizar los dos servicios, es necesario radicar dos copias del presente documento, una para cada proveedor)

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 medica es alumno de la Institución Educativa:

Nombre	Firma Del Docente

Nombre del Estudiante	
Lugar y Fecha del Accidente	
Número de identificación del Estudiante	

Nombre y Teléfonos contacto del estudiante:

Nombre del Estudiante	
Teléfono	