



INSTITUTO LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO - PIEDECUESTA

EXONERACION PAGO DE SEGURO ESTUDIANTEL

AÑO 2024

Señores

INSTITUTO LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO
PIEDECUESTA - SANTANDER

Yo _____ identificado(a) con documento número _____, padre/madre/acudiente de mi hijo (a) menor de edad _____ identificada(o) con _____ del grado _____ de esta Institución Educativa,

Manifiesto voluntariamente que en caso de no adquirir la **POLIZA DE SEGURO ESTUDIANTEL** ofrecida por Seguros **MUNDIAL** y que ampara al estudiante en caso de accidentes escolares por un valor de dieciséis mil pesos (\$16.000) anuales y por lo cual asumo la total responsabilidad ante cualquier situación fortuita o accidente que pueda presentarse. Acudiré de forma inmediata ante el llamado de la institución para hacerme cargo de mi hijo(a) acudido y me encargaré de su correspondiente atención por medio de mi E.P.S. o SISBEN.

Manifiesto voluntariamente que en caso de no adquirir la **POLIZA DE SEGURO ESTUDIANTEL** entiendo que el estudiante no podrá hacer representación de la institución en eventos que impliquen desplazamientos a sitios fuera de la institución, y que en tal caso será acompañado(a) por algún padre o acudiente, quien en ese caso asume la responsabilidad del estudiante en la correspondiente actividad. Y por último me comprometo en asumir cualquier responsabilidad y eventualidad que suceda con el estudiante en su permanencia en la Institución o en actividades extracurriculares durante el año académico.

OBSERVACION:

Este documento aplicará solamente a quienes NO ADQUIEREN LA POLIZA DE SEGURO ESTUDIANTEL, sin embargo, la firma de este documento es Obligatoria.

En constancia firma,

Nombre Acudiente:

Documento: