

FORMATO DE CERTIFICACION Y REMISION DE ESTUDIANTES ASEGURADOS

El responsable de diligenciar este formato (Médico, entrenador, monitor, docente, profesional universitario de la Unidad de Bienestar Universitario) debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Tratándose de accidentes ocurridos al interior de la institución educativa en la jornada académica, los servicios que se prestan mediante la póliza de accidentes escolares solo aplican cuando el estudiante sufre un accidente encontrándose en los predios de la institución educativa, o fuera de ella, siempre y cuando este ejecutando alguna actividad en representación de ella o en ejecución del ejercicio académico.
2. Por favor presente diligenciado ante cualquiera de las instituciones de la Red Medica proporcionadas 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 **6012916868**.
3. Diligencie la siguiente información y haga entrega de este formato a la institución médica.

Nombre de la institución educativa: **INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE**

Teléfono de la institución educativa: **5540404**

Redacte brevemente una descripción del evento o accidente que conlleva al uso de la póliza (Docente, médico o enfermera)

Nombre y firma del responsable que certifica que el estudiante accidentado que está solicitando la atención médica es estudiante de la institución educativa.

Nombre

Firma

Cargo

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____

Lugar y fecha del accidente: _____

Identificación T.I N° _____ C.C N°: _____

Tel. contacto: _____ Tel. otro contacto (familiar): _____

VIGENCIA DE LA POLIZA: OCTUBRE 15 DEL 2023 A LAS 00:00 HORAS, HASTA EL 15 DE OCTUBRE DEL 2024 A LAS 23:59 HORAS