

## SEGURO DE ACCIDENTES

Cuenca, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Estimado/a representante:

La salud y seguridad de los niños, niñas y jóvenes siempre ha sido prioridad tanto de la Unidad Educativa, padres de familia y de las entidades gubernamentales de educación, quienes mediante el Acuerdo Ministerial No. 00061-A artículo 13.1 de los servicios complementarios. *“Se entienden como servicios complementarios aquellos brindados por terceros a favor de los estudiantes, los cuales las instituciones educativas no están obligadas a brindarlos, por no ser indispensables para la prestación del servicio educativo, pero se originan como consecuencia de este”*

En este sentido, ponemos a consideración de usted el servicio de seguro contra accidentes ofertado por “Generali Ecuador”, quienes desde hace varios años trabajan con nuestra Institución brindando apoyo a los estudiantes ante cualquier situación adversa. Para el periodo lectivo 2024-2025 la póliza entra en vigencia desde el 01 de septiembre del año en curso hasta el 01 de septiembre de 2025 las 24 horas del día y con una cobertura a nivel nacional.

El valor del servicio es de \$15.00 anual y debe ser cancelado en el período de matrículas, para ello el depósito debe realizarse directamente en la cuenta bancaria de la aseguradora y entregar el comprobante de depósito en Colecturía para el registro respectivo.

Por lo expuesto, requerimos que usted señale si desea acceder voluntariamente al servicio, tomando en consideración que, si llegara a ocurrir alguna situación accidental con su representado que requiera atención médica u otros gastos adicionales, la Unidad Educativa estará exenta de la responsabilidad económica que tal situación conlleve.

Favor de manera especial, llenar la información requerida con la finalidad de crear una base de datos de los estudiantes que dispondrán o no del servicio del seguro estudiantil.

En caso de no adquirir el servicio del Seguro Estudiantil, **indicar el lugar al cual se debe remitir a su representado/a** al surgir alguna situación de emergencia en la Unidad Educativa: \_\_\_\_\_

DATOS DEL ESTUDIANTE		
Nombres y apellidos		
Edad		
Grado/Curso		
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
Nombres y apellidos		
No. Cédula		
Aceptación del Seguro	SI ( <input type="checkbox"/> )	NO ( <input type="checkbox"/> )
CONTACTOS DE EMERGENCIA		
Nombres y Apellidos		
Teléfono		
Nombres y Apellidos		
Teléfono		

\_\_\_\_\_

Firma de Responsabilidad  
C.I.: \_\_\_\_\_