

**NO ACEPTACION DEL SEGURO COBERTURA
ESTUDIANTIL DE ACCIDENTES Y VIDA
“SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.”**

Yo Padre/Madre: _____

Del estudiante: _____ Grado: _____

Identificado(a) con CC: _____, **NO ACEPTO PAGAR** el “Seguro Cobertura Estudiantil de Accidentes y Vida “Seguros de Vida del Estado S.A.”, propuesto por la Escuela Normal Superior María Auxiliadora de Soacha, porque dispongo del **Servicio del Seguro Médico de Accidente:**

_____ que brinda a mi hija/o en caso de **Accidente escolar, dentro y/o fuera de la Institución**, el amparo de: *Amparo Especial, Gastos Médicos, Inhabilidad Permanente, Incapacidad Total y Permanente, Ambulancia, Muerte, Gastos Funerarios y otros.* **(Anexo copia del Seguro Médico de Accidente)**

Por lo tanto, me comprometo a no hacer alguna reclamación, ni a entablar demanda contra la Escuela Normal Superior María Auxiliadora de Soacha, en el caso de que mi hija/o sufra accidente escolar dentro o fuera de la Institución.

Dejo copia de esta constancia al momento de la matrícula

Fecha: _____

En constancia firma:

Padre: c.c

Madre: c.c

Nota: colocar huella