



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE TARJETAS
Y/O SEGUROS MEDICOS**

ISIC ITIC IYTC SEGURO

Apellidos: _____

Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

C.C. - T.I. - RC.#: _____

Dirección Residencia: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____

E-mail: _____

Como supo de Educamos Viajando: _____

En que entidad estudia o estudiará: _____

SOLO PARA EL SEGURO MÉDICO:

Vigencia de la Póliza

Inicia: _____ Finaliza: _____

Cubrimiento del seguro en USD _____

País Destino: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Tel: _____

Cobertura Adicional

Cancelación de VIAJE Cancelación de CURSO

Forma de Pago: Pesos Colombianos USD + 2%

PARA USO EXCLUSIVO DE EDUCAMOS VIAJANDO

Carnet#: _____ Fecha Exp _____

EXCLUSIONES: EMBARAZOS Y SUS CONSECUENCIAS,
ENFERMEDADES, DEFECTOS O LESIONES DERIVADAS DE
PADECIMIENTOS CRÓNICOS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD
AL INICIO DEL VIAJE, PREEXISTENCIAS Y/O CONGÉNITAS (CONOCIDAS
O NO POR EL ASEGURADO) y ACCIDENTES EN CARROS ALQUILADOS
O PROPIOS, NO SERÁN CUBIERTAS. (leer condicionado)

Una vez inicie la vigencia del seguro, caduca de forma automática la facultad
de solicitar su cancelación o modificación , sin derecho para el titular a
compensación de ninguna naturaleza.

**Recuerda siempre llevar a mano tu tarjeta ya que toda enfermedad o
percance OBLIGATORIAMENTE Y DE INMEDIATO DEBE SER
NOTIFICADO A LA CENTRAL SAFEST para su cubrimiento al teléfono
(571) 6514327 (Llamada por cobrar) Una vez utiliza el servicio y debe
volver a control u otros debe informar de nuevo a la central para su
aprobación.**

**Ha padecido o padece de alguna enfermedad congénita o no congenita ,
afección, lesión o incapacidad?**

Tiene alguna preexistencia?

Para estudiantes se expide hasta por 1 año y se puede extender por otro más,
adjuntando el certificado que justifique su condición por el tiempo de
extensión.

Plan Corporativo: Estadía Máxima en el exterior 100 días

REEMBOLSO: Se hace en caso de Negación de Visa o enfermedad grave del
asegurado con certificación médica menos cargo administrativo. Avisar mínimo 48
horas antes del inicio de la póliza.

CAMBIO DE FECHA: Solo se permite con 48 horas antes de la fecha de inicio con un
cargo administrativo.

**Entiendo el procedimiento y como tomador del seguro y manifiesto
conocer las condiciones generales y acepto expresamente las cláusulas
limitativas contenidas en el condicionado. Cerifico que la información
suministrada es cierta.**

Firma _____ CC. _____