



POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
TOMADOR: DISTRITO ESPECIAL DE SANTIAGO DE CALI
VIGENCIA: DESDE: LAS 24:00 HORAS DEL 12 DE MAYO DEL 2026
HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 11 D3E MARZO DEL 2027

Señor Servidor Público o Docente, por favor tener en cuenta lo siguiente:

1. Tratándose de accidentes ocurridos al interior de la Institución Educativa en la jornada escolar, los servicios que se prestan mediante la póliza de Accidentes Escolares sólo aplican cuando el estudiante sufre un accidente encontrándose en los predios de la institución Educativa, o fuera de ellos, siempre y cuando esté ejecutando alguna actividad en representación de ella.

Esta cobertura se amplía a cubrir los eventos que ocurran mientras el asegurado se desplaza desde su lugar de origen a la Institución Educativa y durante las tres (3) primeras horas después de terminar la jornada académica.

2. Para el amparo de Gastos Médicos siga las siguientes indicaciones:
- a) Padre o Madre (representante legal) del asegurado, Docente encargado o el mismo asegurado debe comunicarse a la línea de atención integral 601 7443718, avisando el accidente, detallando de manera breve lo ocurrido para validación de asegurabilidad y recibir orientación para atención
 - b) Presente este formato diligenciado ante la institución médica proporcionada por AURORA Seguros de Vida
3. Para la cobertura de traslado al centro médico y/o al lugar de origen siga las siguientes indicaciones:
- a) Comuníquese en nuestras líneas de atención a nivel nacional, 601 7443718.
 - c) Identifíquese como acompañante o asegurado de la póliza de Accidentes Escolares del Municipio de Cali, en la línea validarán la cobertura y servicios de acuerdo con las condiciones técnicas otorgadas.
4. Es obligatorio diligenciar la siguiente información y hacer entrega de este formato a la Institución Médica y/o a la empresa de servicio de transporte (en caso de utilizar los dos servicios, es necesario radicar dos copias del presente documento, una para cada proveedor)

Nombre de la Institución Educativa	
Nombre del Rector de la Institución Educativa	
Teléfono de la Institución Educativa	

Nombre y firma del Docente que certifica que el estudiante accidentado que está solicitando la atención medica es alumno de la Institución Educativa:

Nombre	Firma del Docente

Nombre del Estudiante	
Lugar y Fecha del Accidente	
Número de Identificación del Estudiante	

Nombre y Teléfonos contacto del estudiante:

Nombre del Estudiante	
Teléfono	