



DEL	AL	DEL MES	2026 NÚM. DE DÍAS	No. DE INTEGRANTES	DESTINO
-----	----	---------	-------------------	--------------------	---------

TIPO DE TRANSPORTE: **ACTIVIDADES A DESARROLLAR:**

* SE DEBERÁ MARCAR CON UNA X SI EL ASEGURADO ES UN ESTUDIANTE

COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS
Muerte Accidental	\$350,000.00
Pérdidas Orgánicas Escala B	\$350,000.00
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	\$350,000.00
Repatriación de Cuerpo en el Extranjero	\$50,000.00