

**TRANSPORTE DE ESTUDIANTES EN VEHICULOS PRIVADOS*
PARA EXCURSIONES ESCOLARES
Declaración de Cobertura de Seguro**

Por favor, introduzca la información requerida abajo:

1. Nombre del propietario/conductor: _____
Domicilio: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono de Casa: _____ # de Celular: _____
Marca del Coche: _____ Año/Modelo: _____
Número de Licencia: _____
Nombre de la Compañía de Seguros: _____
de Póliza: _____
2. Límites de cobertura (Ponga sus iniciales en todos los siguientes elementos que reflejen su póliza):
 - ___ a. Lesión Corporal de \$ 100,000 o más para una persona y \$300,000 o más para más de una persona. **O**,
Límite Único y Combinada de Lesiones Corporales de \$300,000 o más.
 - ___ b. Cobertura para Daños Materiales de \$50,000 o más.
 - ___ c. Cobertura por automovilistas sin seguro.
 - ___ d. Cobertura de Pagos Médicos para los pasajeros de \$5,000 o más.
3. Esta póliza expira el: _____

Fecha

CERTIFICACIÓN:

Certifico que los datos, como se completaron anteriormente, son verdaderos y correctos. Estoy de acuerdo en proporcionar una Licencia de Conducir vigente, matrícula del vehículo y cualquier certificado, pólizas, u otros documentos oficiales según sean solicitados para respaldar esta información. Afirmo que no he sido sentenciado por conducir imprudentemente o por conducir bajo la influencia de drogas o alcohol en los últimos cinco años. Me comprometo a notificar inmediatamente al director de la escuela de cualquier cambio en los datos anteriores, incluyendo cualquier cancelación de la cobertura o cambios en los límites que se iniciaron por compañía de seguros.

Propietario/Conductor(a)

Fecha

Confirmación que la información antes mencionada ha sido revisada y validada.

Director

Escuela

Fecha

***Por favor, vea las instrucciones adjuntas y las explicaciones de estas**