



**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
Recinto de San Germán

**SEGURO GRUPAL DE ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES EN PRÁCTICA**

<b>Departamento Académico:</b> _____	<b>Curso:</b> _____
<b>Programa:</b> _____	
<b>Certificado requerido:</b> <input type="checkbox"/> Responsabilidad Pública <input type="checkbox"/> Impericia Médica	

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	NÚMERO DE ESTUDIANTE	LUGAR DE PRÁCTICA Y DIRECCIÓN POSTAL
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Curso: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Firma del Profesor: \_\_\_\_\_ Firma del Director del Departamento: \_\_\_\_\_