



## Carta Compromiso Seguro Gastos Médicos

Modalidad Intercambio (*con convenio*) ☐ Licenciatura ☐  
Modalidad Independiente (*PMI*) ☐ Posgrado ☐

*Elaborar este formato por computadora.*

### Dirección de Cooperación Académica

Coordinación de Movilidad Estudiantil

P r e s e n t e.

Por medio de la presente asumo la responsabilidad de los riesgos que surjan durante mi participación en el Programa de Movilidad Estudiantil elegido durante el periodo de:

---

Así mismo, me comprometo a:

☐ Adquirir un seguro de gastos médicos con cobertura internacional antes de mi traslado ó adquirir el seguro escolar en la universidad de destino (en el caso de las universidades francesas es obligatorio adquirir el seguro directamente con la universidad seleccionada).

☐ Ya cuento con un seguro de gastos médicos con cobertura internacional o nacional (según aplique)

A t e n t a m e n t e,

---

Nombre y firma del alumno

---

Carrera y No. Cuenta

---

Fecha: