Guadalajara, Jal. a _____ de _____ de 2020.

THE AMERICAN SCHOOL FOUNDATION OF GUADALAJARA, A.C.
COLOMOS 2300 COL.
PROVIDENCIA
C I U D A D.

Por este conducto el suscrito Sr(a)._____

Padre ___ Madre___ Tutor___ de _____

Manifiesto que, una vez que me ha sido explicado el contenido y alcance del Plan de Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores, cuya vigencia sería del 17 de agosto de 2020 al 16 de agosto de 2021, SI me interesa adherirme a las condiciones de dicho plan y, en consecuencia, acepto todas y cada una de las condiciones que me sean requeridas para tal efecto incluyendo el pago de $11,725.00 IVA incluido, por alumno.

Acepto

_____
Firma

Guadalajara, Jal. a _____ de _____ de 2020.

THE AMERICAN SCHOOL FOUNDATION OF GUADALAJARA, A.C.
COLOMOS 2300 COL.
PROVIDENCIA
C I U D A D.

Por este conducto el suscrito Sr(a)._____

Padre ___ Madre___ Tutor___ de _____

Manifiesto que, una vez que me ha sido explicado el contenido y alcance del Plan de Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores, cuya vigencia sería del 17 de agosto de 2020 al 16 de agosto de 2021, NO me interesa adherirme a las condiciones de dicho plan, razón por la cual, desde este momento libero de toda responsabilidad a The American School Foundation of Guadalajara, A.C. con motivo de cualquier gasto médico en que tuviera que incurrirse en relación a mi hijo(a) por causa de cualquier accidente que le ocurra dentro de las instalaciones del colegio, así como en las actividades escolares deportivas o co-curriculares fuera del colegio.

Acepto Responsiva

_____

Firma