

SEGURO DE ACCIDENTES

ESCOLARES PARA ALUMNAS Y ALUMNOS



ERERO 2018

¿Quiénes participan en este seguro?

Todos las alumnas y alumnos matriculados en la

Universidad Iberoamericana, A.C.

***Beneficios que ofrece
el seguro de accidentes escolares:***

- Indemnización por fallecimiento a consecuencia de un accidente.
- Cobertura de gastos médicos por accidente.
- Protección dentro del periodo escolar a **nivel nacional (se excluyen días festivos y periodo vacacional)**.

Seguro contratado con:

Sumas aseguradas de principales coberturas

Reembolso de Gastos Médicos (a consecuencia de un accidente escolar) \$ 50,000.00 M.N.

Deductible (monto a cubrir por la alumna o el alumno sobre los gastos reclamados) \$ 1,500.00 M.N.

Fallecimiento por Muerte Accidental (hasta un monto de) \$ 100,000.00 M.N.

IMPORTANTE:

El tener una suma asegurada de \$50,000.00 M.N. no implica que la responsabilidad de la aseguradora sea la de pagar el total de la suma asegurada. La aseguradora reembolsará los gastos erogados de acuerdo al gasto usualmente acostumbrado .

Detalle de coberturas

Accidente:

Se entenderá aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce la muerte o lesiones corporales del asegurado.

Muerte Accidental:

Si como consecuencia del accidente y dentro de los 90 días siguientes al mismo, sobreviniere la muerte del asegurado, la compañía pagará a los beneficiarios en línea directa, el importe de la suma asegurada.

Cobertura de posibles contingencias a las que puedan estar expuestos los alumnos, en caso de accidente:

- Los gastos prescritos por un médico legalmente autorizado.
- Atención proporcionada por instituciones legalmente autorizadas.
- Tratamiento médico necesario a consecuencia del accidente, **sin que excedan de los cargos regulares y acostumbrados en el lugar donde se atendió.**
- Cobertura desde que la alumna o el alumno sale de su domicilio rumbo al plantel educativo hasta que regresa al mismo, cubriendo el tiempo que se encuentren en las instalaciones de la Institución, así como en las actividades académicas o deportivas que desarollen fuera de la misma siempre y cuando sean organizadas por la Universidad.
- Cobertura en las instalaciones donde se estén realizando las prácticas profesionales o servicio social, así como los ocurridos en el traslado a estos.

Observaciones para la cobertura

Para reembolso de gastos médicos por accidente

Si como consecuencia de un accidente la alumna o el alumno, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a realizar gastos por la atención al tratamiento médico o quirúrgico, la compañía de seguros reembolsará el costo de estos hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto, previa comprobación.

La responsabilidad de Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., terminará en la fecha en la que la asegurada o el asegurado sea dado de alta de sus lesiones, por lo que no se reembolsarán gastos médicos que se hagan posteriormente a la fecha de alta.

Los gastos cubiertos por accidente se tendrán que presentar a su reembolso dentro de los 30 días siguientes, contados a partir de la fecha del mismo.

Cómo utilizar la cobertura

Asistir con el médico de su confianza y el hospital de su preferencia, liquidar los gastos y solicitar su reembolso, previa presentación de los comprobantes y en un periodo que no exceda los 30 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

Condiciones más relevantes, para mayor información sobre las coberturas y su aplicación por favor consulte las condiciones generales de la póliza



Principales Exclusiones

- ⚠ Si el accidente ocurre a consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, alguna droga o enervante.
- ⚠ Lesiones sufridas en actos de guerra, insurrección, rebelión, cuando el asegurado sea el provocador y actos delictivos en que participe directamente el asegurado por culpa grave del mismo o de su beneficiario.
- ⚠ Homicidio intencional, suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- ⚠ Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si demuestra que fue un accidente.
- ⚠ Abortos, cualquiera que sea su causa.
- ⚠ En aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
- ⚠ Lesiones a consecuencia de participar en riñas.
- ⚠ No se cubren gastos médicos erogados en el extranjero.



Principales Exclusiones

- ⚠ En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares.
- ⚠ Lesiones o accidentes ocurridos fuera de las instalaciones donde se desarrollan las prácticas profesionales o servicio social (horas de receso).
- ⚠ Lesiones o accidentes ocurridos en traslados fuera del trayecto de escuela a domicilio o viceversa, como los generados fuera de la Universidad en tiempos de receso.
- ⚠ Práctica profesional de cualquier deporte.
- ⚠ Deportes peligrosos: buceo, cacería, charrería, esquí acuático, artes marciales, alpinismo, box, lucha libre, etc.
- ⚠ Como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de velocidad o seguridad.

Trámite de reclamaciones

Documentación a presentar para el trámite de reembolso de gastos.

- Formulario de reclamo o aviso de accidente** (Formato requisitado por la alumna o el alumno).
- Informe médico** (Formato requisitado por el médico tratante).
- Formulario de pago y relación de gastos** (Formato requisitado por la alumna o el alumno).
- Copia del estado de cuenta de la alumna o el alumno a donde se realizará el pago.**
- Carta de ocurrencia de hechos** (Se solicita a servicio médico o área deportiva de la Universidad).
- Copia de identificación oficial de la alumna o el alumno (INE / pasaporte).**
- Comprobante de domicilio de la alumna o el alumno** (Luz, predio, agua, gas natural).
- Facturas originales del archivo electrónico PDF y XML a nombre de la alumna o el alumno.**
- Resultados e interpretaciones de los estudios que le fueron practicados.**
- Recetas médicas y orden de estudios realizados o de cualquier otro servicio médico.**
- Bitácora de asistencia en el caso de recibir rehabilitación física.**

Nota: Todas las facturas y recibos de honorarios desglosados por concepto y costo.

Formato a requisitar por la alumna o el alumno

FORMULARIO DE RECLAMO O AVISO DE ACCIDENTE

Tipo de Cobertura:

Enfermedad Accidente Embarazo

INSTRUCCIONES:

1. Este cuestionario deberá ser completado y firmado por el asegurado con letra de molde en su totalidad.
 2. Por el hecho de proporcionar este formulario la Compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
 3. Este documento no será válido con tachaduras, enmenduras y/o de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Nombre o razón social del contratante:	Número de Póliza:		
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:	R.F.C o C.U.R.P.		
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado:	R.F.C o C.U.R.P.		
Número certificado del afectado:	Fecha de nacimiento. Día/Mes/Año:		Sexo:
Nacionalidad:	Parentesco con el titular:	Teléfono de Contacto:	Correo electrónico:
Ocupación o profesión:	Lugar donde trabaja:		Giro de la empresa:
Domicilio/calle:	Número exterior:	Número interior:	Colonia:
Código postal:	Delegación:		Estado:
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Día/Mes/Año:	¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?		
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó:			
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad. Día/Mes/Año:	Si es accidente ¿Cómo y dónde fue?		
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:		En su caso, autoridad que tomó conocimiento del accidente:	
Hospital en el que fue atendido:	Nombre completo del (los) médico (s) tratante (s):		
Tipo de Hospital:	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Público	Especialidad del (los) doctores:
Período de estancia. (desde y hasta):	Médicos que ha consultado en los últimos 2 años:		
Número de días de estancia:	Fecha y causa:		
¿Actualmente tiene otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Indique la compañía:	Indique el número de siniestro:		



FORMULARIO DE PAGO Y DE RELACIÓN DE GASTOS



I- MÉTODO DE PAGO:

Transferencia bancaria Cheque

Solo llenar en caso de seleccionar la opción transferencia Interbancaria y anexar copia del estado de cuenta en donde se aprecie claramente la Clabe Interbancaria y el Nombre del Titular de la Cuenta (si así lo deseas puede ocultar los movimientos) y copia de la Identificación Oficial vigente con firma del Titular de la Cuenta (Credencial para votar, Cédula Profesional, Pasaporte, etc).

Banco

Número de Cuenta

Clubes Interbancarios

Nombre del Titular de la Cuenta

Autorizo a Pan-American México Compañía de Seguros, S. A. de C.V. para que me sea transferido a la cuenta de referencia el monto a reembolsar de mi reclamación.

II- GASTOS PRESENTADOS:

Monto Total

III- AUTORIZACIÓN Y FIRMAS:

Firma del Asegurado Principal:	Firma del paciente (en caso de no ser el Asegurado Principal y si es mayor de edad):
Fecha: Día/Mes/Año:	Fecha: Día/Mes/Año:

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.

Formato a requisitar por el médico

FIM FORMATO DE INFORME MÉDICO

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

CONTRATANTE	FECHA		
Apellido Paterno	Dia Mes Año		
Apellido Materno	LUGAR		
Edad	Sexo	No. de Póliza	Certificado
F ♂	M ♂		

TIPO DE EVENTO

Accidente Enfermedad Embarazo

HISTORIA CLÍNICA

(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)

APP- Antecedentes Personales Patológicos Favor de especificar fecha de inicio ó tiempo con el padecimiento <input type="radio"/> Cardíacos <input type="radio"/> Hipertensivos <input type="radio"/> Diabetes Mellitus <input type="radio"/> VIH / SIDA <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Hepáticos <input type="radio"/> Convulsivos <input type="radio"/> Otros: <input type="radio"/> Cirugías:	APNP- Antecedentes Personales No Patológicos Fuma? (especificar cantidad) <input type="radio"/> Consumo bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) <input type="radio"/> Consumo o ha consumido algún tipo de Drogas? (especificar tipo y cantidad) <input type="radio"/> Pérdida no intencional de peso? (describir) <input type="radio"/> Otros:
--	--

AO - Antecedentes Quirúrgicos

AP - Atención Perinatal (si es necesario)

PA-PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de primeros síntomas del padecimiento Dia | Mes | Año Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

Fecha de 1era consulta por este padecimiento Dia | Mes | Año

Fecha de diagnóstico de este padecimiento Dia | Mes | Año

DIAGNÓSTICO (S)

1)
2)
3)

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito Agudo Adquirido Crónico

Cuánto tiempo?

Tiene relación con otro padecimiento? Si No Cuál?
 El padecimiento ocasionó incapacidad? Si No Parcial Total
 Desde _____ Hasta _____

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? Si No
 Favor de especificar _____

EF - Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla | Peso

TRATAMIENTO

Favor de indicar:

Programación de tratamiento Descripción de tratamiento ya realizado
 Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico)
 Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Descripción

Hubo complicaciones? Si No
 Favor de describir complicaciones:

Nombre del Hospital Ciudad Fecha de Ingreso Dia | Mes | Año

Tipo de estancia Urgencia Hospitalización Corte Estancia/Ambulatoria Fecha de Egreso Dia | Mes | Año

DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	No. de Proveedor
RFC	Especialidad		
Cédula Profesional	Cédula de la Especialidad / Certificación		
E-mail	Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA		

En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del (os) Médico(s) que participa(n) y su presupuesto de Honorarios:
 Anestesiólogo_____

Primer Ayudante_____

Segundo Ayudante_____

Otro(s) Médico(s)_____

Nombre y Firma del Médico Tratante

Seguro Administrado por:



**Universidad Iberoamericana
Prestaciones y Servicios.**

Blanca Villamar Nava
Tel. 5950-4000 Ext. 7781
blanca.villamar@ibero.mx

**Intertec, Agente de Seguros
Contacto In-plant.**

Alejandra López Mancera
Tel. 5950 4000 Ext. 7856
alopez@intertec.com.mx

Agustín Aguilera Castrejón
Tel. 5950 4000 Ext. 4854
aaguilera@intertec.com.mx

Ubicados en edificio E – PB