

***SEGURO DE ACCIDENTES***  
***ESCOLARES PARA ALUMNAS Y ALUMNOS***



***ENERO 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.**

**Deducible** (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 desarrollen fuera de la misma siempre y cuando sean organizadas por la Universidad.
- Cobertura en las instalaciones donde se estén realizando las practicas 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 practicas profesionales o servicio social (horas 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 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.E.C. o C.U.R.P.	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado:		R.E.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 desea 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:	Clabe Interbancaria:
Nombre del Titular de la Cuenta:	

Autorizo a Pan-American Mexico 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:**

Número de factura	Proveedor	Descripción servicios proporcionados	Moneda	Monto
Monto Total				

### III- AUTORIZACIÓN Y FIRMAS:

Firma del Asegurado Principal:	Firma del paciente (en caso de no ser el Asegurado Principal y 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, quedaron 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 reservan conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

FECHA Día Mes Año

LUGAR

### CONTRATANTE

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)

Edad F O Sexo M O No. de Póliza Certificado

### 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 o tiempo con el padecimiento

- Cardíacos
- Hipertensivos
- Diabetes Mellitus
- VIH / SIDA
- Cáncer
- Hepáticos
- Convulsivos
- Otros:

☐ Cirugías:

#### APNP- Antecedentes Personales No Patológicos

- Fuma? (especificar cantidad)
- Consume bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad)
- Consume o ha consumido algún tipo de Drogas? (especificar tipo y cantidad)
- Pérdida no intencional de peso? (describir)
- Otros:

#### AO - Antecedentes Quirúrgicos

#### AP - Atención Perinatales (si es necesario)

### PA-PADECIMIENTO ACTUAL

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

Fecha de 1era consulta por este padecimiento Día Mes Año

Fecha de diagnóstico de este padecimiento Día Mes Año

### DIAGNÓSTICO (S)

- 1)
- 2)
- 3)

### TIPO DE PADECIMIENTO

☐ Congénito ☐ Agudo ☐ Adquirido ☐ Crónico

¿Cuánto tiempo?

Tiene relación con otro padecimiento? ☐ Si ☐ No Causal? ☐ Si ☐ No ☐ Parcial ☐ Total

El padecimiento ocasionó incapacidad? ☐ Si ☐ No 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 Día Mes Año

Tipo de estancia ☐ Urgencia ☐ Hospitalización ☐ Corta Estancia/Ambulatoria Fecha de Egreso Día 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](mailto:blanca.villamar@ibero.mx)

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

Alejandra López Mancera  
Tel. 5950 4000 Ext. 7856  
[alopez@intertec.com.mx](mailto:alopez@intertec.com.mx)

Agustín Aguilera Castrejón  
Tel. 5950 4000 Ext. 4854  
[aaguilera@intertec.com.mx](mailto:aaguilera@intertec.com.mx)

Ubicados en edificio E – PB