

***SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES PARA
LAS ALUMNAS Y LOS ALUMNOS DE LA:***



ERERO 2019

¿Quiénes participan en este seguro?

Todas las alumnas y los 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:

Principales coberturas

Estas coberturas aplican únicamente por accidentes en actividades escolares

Reembolso de Gastos Médicos \$ 75,000.00 M.N.

Deductible \$ 2,000.00 M.N.

Fallecimiento por Muerte Accidental \$ 150,000.00 M.N.

IMPORTANTE:

El tener una suma asegurada de \$75,000.00 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 hasta el límite antes mencionado .

Para mayor información, consulte las condiciones generales de la póliza

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 o asegurada, 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 y las alumnas, 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 desarrolle 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.

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 escuela 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 escuela)
- 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.

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 reservan 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.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:	Clabe Interbancaria:
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:

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, 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				
<p>Indicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Este formulario 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. 				
FECHA Dia Mes Año		LUGAR		
CONTRATANTE				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)
Edad	Sexo	No. de Póliza	Certificado	
TIPO DE EVENTO				
<input type="radio"/> Accidente		<input type="radio"/> Enfermedad		<input type="radio"/> Embarazo
HISTORIA CLÍNICA				
<p>(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)</p>				
<p>APP- Antecedentes Personales Patológicos Favor de especificar fecha de inicio ó tiempo con el padecimiento</p>				
<p><input type="radio"/> Cardíacos _____</p> <p><input type="radio"/> Hipertensivos _____</p> <p><input type="radio"/> Diabetes Mellitus _____</p> <p><input type="radio"/> VIH / SIDA _____</p> <p><input type="radio"/> Cáncer _____</p> <p><input type="radio"/> Hepáticos _____</p> <p><input type="radio"/> Convulsivos _____</p> <p><input type="radio"/> Otros: _____</p>				
<p><input type="radio"/> Cirugías: _____</p>				
<p>AQ - Antecedentes Quirúrgicos</p>				
<p>AP - Atención Perinatales (si es necesario)</p>				
PA-PADECIMIENTO ACTUAL				
<p>Fecha de primeros síntomas del padecimiento</p>		<input type="text"/> Dia	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Año
<p>Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:</p>				
<p>Fecha de 1era consulta por este padecimiento</p>		<input type="text"/> Dia	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Año
<p>Fecha de diagnóstico de este padecimiento</p>		<input type="text"/> Dia	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Año
DIAGNÓSTICO (S)				
<p>1) _____</p> <p>2) _____</p> <p>3) _____</p>				
TIPO DE PADECIMIENTO				
<input type="radio"/> Congénito		<input type="radio"/> Agudo		<input type="radio"/> Adquirido
<input type="radio"/> Crónico				
<p>Cuánto tiempo?</p>				
<p>Tiene relación con otro padecimiento?</p>		<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
<p>El padecimiento ocasionó incapacidad?</p>		<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
<p>Desde _____</p>		<p>Hasta _____</p>		<input type="radio"/> Parcial
				<input type="radio"/> Total

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No				
Favor de especificar _____						
EF -Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Talla</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Peso</td> </tr> </table>				Talla	Peso	
	Talla	Peso				
TRATAMIENTO						
Favor de indicar:	<input type="radio"/> Programación de tratamiento <input type="radio"/> Descripción de tratamiento ya realizado <input checked="" type="radio"/> Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico) <input type="radio"/> Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)					
Descripción	<hr/> <hr/> <hr/>					
Hubo complicaciones?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No				
Favor de describir complicaciones:	<hr/> <hr/> <hr/>					
Nombre del Hospital		Ciudad	Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año
Tipo de estancia		<input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Hospitalización <input type="radio"/> 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				
<input checked="" type="checkbox"/> 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.**

Ubicados en edificio N – PB

Sabrina Jiménez
Tel. 5950 4000 Ext. 7856
sjimenez@intertec.com.mx

David Armas Juárez
Tel. 5950 4000 Ext. 4854
darmas@intertec.com.mx