

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



***ERERO 2020***

# *¿Quiénes participan en este seguro?*

Todas las alumnas y todos 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 internacional (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 \$ 1,500.00 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 .*

*Para mayor información, consulte las condiciones generales de la póliza*

# 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 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 desarrollen 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 vierá 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 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.*

## ***Formato a requisitar por la alumna o el alumno***

## **FORMULARIO DE RECLAMO O AVISO DE ACCIDENTE**

**PAN AMERICAN MÉXICO**  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. DE C.V.  
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

#### Tipo de Cobertura:

Enfermedad     Accidente     Embarazo

INSTRUCCIONES

- INSTRUCCIONES**

  - Este documento deberá ser completado y firmado por el asegurado con letra de molde en su totalidad.
  - 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.
  - Este documento no será válido si contiene trachaduras, enmenduras u otra declaración que no sea aceptar 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**

**PAN AMERICAN MÉXICO**  
 COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V.  
 Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

## 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 puedes ocultar los movimientos) y copia de la Identificación Oficial vigente con firma del Titular de la Cuenta (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-S0114-0141-2016".



## **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.**

Ubicados en edificio N – PB  
  
Sabrina Jiménez García  
555 950 4000 ext. 7856  
[sjimenez@intertec.com.mx](mailto:sjimenez@intertec.com.mx)

David Armas Juárez  
Tel. 5950 4000 Ext. 4854  
[darmas@intertec.com.mx](mailto:darmas@intertec.com.mx)