

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



***ENERO 2021***

## *¿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.

Deducible

\$ 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 .*

*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 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.



## *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 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



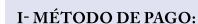
☐ Enfermedad    ☐ Accidente    ☐ Embarazo

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.

Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, 06600. | Tel.: (52 55) 50472544 | Página web: [paig.com/mexico](http://paig.com/mexico)

## FORMULARIO DE PAGO Y DE RELACIÓN DE GASTOS



☐ 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).

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:

“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

## INFORME MÉDICO GASTOS MÉDICOS - PRIVATE CLIENT



Este formato debe de ser completado y firmado por el médico tratante, así como por cada uno de los médicos interconsultantes que sean distintos al tratante y que participen en la atención del Paciente. Llenar con letra de Molde. Favor de no dejar espacios sin contestar.

ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS NI ENMENDADURAS.  
NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES A LO DECLARADO INICIALMENTE.

### CAUSA DE RECLAMACIÓN

☐ Accidente    ☐ Embarazo    ☐ Enfermedad

### TIPO DE TRÁMITE

☐ Programación tratamiento médico o quirúrgico    ☐ Reembolso    ☐ Urgencia

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Sexo	No. Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>

### HISTORIA CLÍNICA (Especificar: Diagnóstico, Tiempo de Evolución y Tratamiento)

Antecedentes Personales No Patológicos (Obligatorios aunque no tenga relación con el padecimiento actual)	Antecedentes Personales Patológicos (Obligatorios aunque no tenga relación con el padecimiento actual)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antecedentes Gineco-Obstétricos (En caso de aplicar)	Antecedentes Perinatales (En caso de aplicar)
G_ P_ A_ C_ FUM	<input type="text"/>

### PADECIMIENTO ACTUAL

1. De acuerdo a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio de los primeros síntomas.

<input type="text"/>	Fecha (Día/Mes/Año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. Evolución Actual y Estado Actual

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### TIPO DE PADECIMIENTO

<input type="radio"/> Congénito <input type="radio"/> Adquirido <input type="radio"/> Agudo <input type="radio"/> Crónico	Tiempo de Evolución: <input type="text"/>
¿Se puede relacionar el padecimiento actual con algún otro padecimiento del paciente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Cuál? <input type="text"/>	
Mencione los estudios de laboratorio y/o Gabinete que requirió el asegurado para llegar al Diagnóstico Definitivo	
<input type="text"/>	

"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".

<b>TIPO DE TRATAMIENTO</b>			
<input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Quirúrgico		<input type="radio"/> Consultorio <input type="radio"/> Ambulatorio <input type="radio"/> Hospitalario	
Descripción del (los) Tratamiento (s)		Fecha de Diagnóstico	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>HOSPITAL Y/O CLÍNICA DE ATENCIÓN</b>			
Nombre			
<input type="text"/>			
Dirección			
<input type="text"/>			
Ciudad	Estado	Código postal	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono		Correo electrónico	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Ingreso: <input type="text"/>		Fecha de Egreso: <input type="text"/>	
<b>DATOS DEL MÉDICO QUE PARTICIPÓ EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE YA SEA COMO TRATANTE (CIRUJANO) O INTERCONSULTANTE</b>			
Nombre del Médico (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))		Céd. Prof.	Especialidad:
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> Médico Tratante <input type="radio"/> Interconsultante
Teléfono (s) de Contacto (Consultorio, Móvil, Otro)		Correo electrónico	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Presupuesto (Pesos Mexicanos)			
Médico Tratante y/o Cirujano	Ayudante 1	Ayudante 2	Anestesiólogo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>Como Médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a Pan-American México Compañía de Seguros, S.A. de C.V., todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente Asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.</p> <p>Acepto los Honorarios acordados con la compañía y me comprometo a no cobrar diferencias al asegurado, sabiendo de antemano, que cualquier diferencia de Honorarios Médicos o Quirúrgicos cobrada no le será reembolsada a este. El tabulador de Honorarios será proporcionado en todo momento por el Médico Dictaminador y/o Funcionario Autorizado de la compañía.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> El Presupuesto del médico, debe ser lo que usualmente cobra a un paciente particular por la atención médica y/o quirúrgica, y que esté dentro de lo que cobran los médicos de la misma especialidad en el lugar de la atención, además de ser un costo razonable tanto para el médico como para la compañía. El presupuesto es sólo considerando los Honorarios del Médico Tratante y/o Cirujano. El resto del equipo quirúrgico se ajustará de acuerdo a los porcentajes siguientes: Anestesiólogo 30% y 1er. Ayudante 20% de lo cobrado por el Cirujano.</p>			

## ***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.**

Sabrina Jiménez García  
Ejecutiva de Servicio a Clientes  
Tel. 555 950 4000 ext. 7856  
Cel. 559 119 1916  
sjimenez@intertec.com.mx

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

Elizabeth Montesinos Estrada  
Ejecutiva de Servicio a Clientes  
Tel. 555 950 4000 ext. 4854  
Cel. 551 849 1488  
emontesinos@intertec.com.mx