

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



ENERO 2025

¿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 \$ 200,000.00 M.N.

Deductible \$ 2,000.00 M.N.

Fallecimiento por Muerte Accidental \$ 200,000.00 M.N.

IMPORTANTE:

El tener una suma asegurada de \$200,000.00 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 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.

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 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.**
- 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.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"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Indique la compañía:	Indique el número de siniestro:		

FORMULARIO DE PAGO Y DE RELACIÓN DE GASTOS

**PAN
AMERICAN MÉXICO**
COMPAÑIA 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 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 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:

Número de factura Proveedor Descripción servicios proporcionados Moneda Monto

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

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

M

F

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)

Antecedentes Gineco-Obstétricos (En caso de aplicar)

Antecedentes Perinatales (En caso de aplicar)

G_ P_ A_ C_ FUM

PADECIMIENTO ACTUAL

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

Fecha (Día/Mes/Año)

2. Diagnóstico (s) Definitivo (s)

Fecha de Diagnóstico (Día/Mes/Año)

2. Evolución Actual y Estado Actual

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito Adquirido Agudo Crónico

Tiempo de Evolución:

¿Se puede relacionar el padecimiento actual con algún otro padecimiento del paciente? Sí No

¿Cuál?

Mencione los estudios de laboratorio y/o Gabinete que requirió el asegurado para llegar al Diagnóstico Definitivo

"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".

TIPO DE TRATAMIENTO

Médico Quirúrgico Consultorio Ambulatorio Hospitalario

Fecha de Diagnóstico

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

HOSPITAL Y/O CLÍNICA DE ATENCIÓN

Nombre

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código postal País

Teléfono

Correo electrónico

Fecha de Ingreso:

Fecha de Egreso:

DATOS DEL MÉDICO QUE PARTICIPÓ EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE YA SEA COMO TRATANTE (CIRUJANO) O INTERCONSULTANTE

Nombre del Médico (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)) Céd. Prof. Especialidad:

Médico Tratante Interconsultante

Teléfono (s) de Contacto (Consultorio, Móvil, Otro) Correo electrónico

Presupuesto (Pesos Mexicanos)

Médico Tratante y/o Cirujano Ayudante 1 Ayudante 2 Anestesiólogo

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.

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 Diccionador y/o Funcionario Autorizado de la compañía.

IMPORTANTE: 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.

Seguro Administrado por:



Intertec, Agente de Seguros
Contacto In-plant.

Ana Perla López
Ejecutiva de Servicio a Clientes
Tel. 555 950 4000 ext. 7856
Cel. 559 119 1916
plopez@intertec.com.mx

Intertec, Agente de Seguros
Contacto In-plant.

Laura Rascon
Ejecutiva de Servicio a Clientes
Tel. 555 950 4000 ext. 4854
Cel. 551 849 1488
lrascon@intertec.com.mx