

Seguro de Accidentes Escolares



**Participarán en este seguro todos los alumnos
que se encuentren matriculados en la**

Universidad Iberoamericana A.C.

Este Seguro está contratado con:



Protección que otorga este Seguro

Cubre las posibles contingencias a las que puedan estar expuestos los alumnos, en caso de ACCIDENTES:

- Al realizar actividades y eventos académicos dentro y fuera de las instalaciones de la Universidad.
- Las actividades fuera de la Universidad son:
 - *Servicio social, prácticas profesionales, torneos deportivos y salidas de campus, siempre y cuando estén organizadas y supervisadas por las autoridades académicas y deportivas de la universidad. Es requisito dar aviso a la dirección de recursos humanos de estas actividades para ser reportadas a la Aseguradora.*
- También se cubren los accidentes ocurridos en el trayecto del domicilio del alumno a la Universidad y viceversa.

Definición

Accidente:

Se entenderá aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del asegurado.

Los accidentes que ocurran a consecuencia de una enfermedad no se encuentran cubiertos en esta póliza.

Coberturas

Suma asegurada por reembolso de gastos médicos por accidente

\$ 50,000

Deducible (monto a cubrir por el alumno sobre los gastos reclamados)

\$ 1,500

Suma asegurada por muerte accidental

\$ 100,000

Gastos cubiertos





Exclusiones

- ⚠ 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.



Exclusiones

- ⚠ Como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de velocidad o seguridad.
- ⚠ En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares.
- ⚠ Práctica profesional de cualquier deporte.
- ⚠ Deportes peligrosos: buceo, cacería, charrería, esquí acuático, artes marciales, alpinismo, box, lucha libre, etc.
- ⚠ Enfermedades y padecimientos congénitos.
- ⚠ Si el accidente ocurre a consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol, alguna droga o enervante.

Trámite de Reclamaciones

Documentación Necesaria:

- ✓ **Aviso de accidente** (Requisitado por el alumno)
- ✓ **Informe médico** (Requisitado por el médico tratante)
- ✓ **Carta de ocurrencia de hechos** (Se solicita a el servicio médico o área deportiva de la universidad)
- ✓ **Copia de identificación oficial del alumno o del padre** (De quien se emitirá el cheque)
- ✓ **Solicitud de cambio de beneficiario** (Si el cheque se debe de emitir a nombre del padre)
- ✓ **Comprobante de domicilio** (De la persona a la que se emitirá cheque)
- ✓ **Facturas originales a nombre del alumno** (Que cumplan con todos los requisitos fiscales)
- ✓ **Resultados e interpretaciones de los estudios que le fueron practicados**
- ✓ **Recetas médicas y orden de estudios realizados**

Formato a Requisitar por el Alumno

Formato de aviso de accidente o enfermedad



Motivo de la reclamación

Reembolso ☐ Programación de cirugía-tratamiento ☐ Pago directo ☐

Tipo de reclamación

Accidente ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐

Nombre o razón social del contratante		No. de póliza	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular		R.F.C. o CURP	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado		R.F.C. o CURP	
No. certificado del afectado	Fecha de alta	Nacionalidad	
Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco con el titular	Cómodo electrónico
Di	Me	Se	Clave ()
Domicilio / calle		No. exterior	No. interior
C.P.	Estado	Delegación	Ocupación o profesión
Lugar donde trabaja/empresa		Giro de la empresa	
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? ☐ Si ☐ No			
Si su respuesta fue afirmativa indique No. de siniestro			
Compañía		Fecha de alta	
¿Actualmente tiene otro seguro? ☐ Si ☐ No Compañía			
Tipo de reclamación ☐ inicial ☐ complementaria Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó			
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad			
Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad			
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación			
si es accidente detallase, ¿Cómo y dónde fue?			
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del ministerio público)			
En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? ☐ Si ☐ No Nombre de la compañía			
Cobertura	Suma asegurada	No. de póliza	Compañía del tercero
Hospital en que fue atendido		Estuvo hospitalizado ☐ Si ☐ No Días de estancia	
¿Que estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento?			
Nombre del médico tratante		Especialidad	
Dirección		Tel. y/o e-mail	
¿Médicos que ha consultado en los últimos dos años?		Causa y fecha	
		Tel. y/o e-mail	

Instrucciones:

- 1.- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por asegurado con letra de molde.
- 2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa.
- 3.- Por el hecho de proporcionar este formulario, 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.

Documentos a presentar:

- 1.- Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución (en caso de accidente).
- 2.- Interpretación de estudios radiológicos de gabinete.
- 3.- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (Ife, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento).
- 4.- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez, copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.)
- 5.- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, releva de toda responsabilidad a la institución

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A., sin cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Seguros Atlas, S.A., lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi reclamación, inclusive después de mi fallecimiento, con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Seguros Atlas, S.A. la información de su conocimiento y que a su vez Seguros Atlas, S.A. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60 PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tenemos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prescripción comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros.

Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada.

El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

Nombre y firma del titular

Nombre y firma del afectado

Fecha Día Mes Año Lugar

Formato a Requisitar por el Médico

Informe médico



☐ Programación de cirugía ☐ Tratamiento médico ☐ Reembolso

Muy importante

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Atlas, S.A. no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al datusado de la póliza.

Instrucciones:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- 4.- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

Ficha de identificación	
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Causa de atención	Sexo F M
☐ Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente	Referido por otro médico o unidad SI ☐ No ☐ ¿Cuál?

Historia Clínica	
Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Tiempo de evolución _____ Antecedentes gineco-obstétricos G ____ / P ____ / A ____ / C ____ / Especificar si recibió tratamiento para infertilidad	Tiempo de evolución _____ Antecedentes perinatales (si es necesario)
Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____

Pacientes actual	
Principales signos y síntomas	
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico
Fecha de inicio Día Mes Año	Fecha de diagnóstico Día Mes Año
Tipo de padecimiento ☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico	

Historia clínica			
Tipo de padecimiento ☐ Congénito ☐ Adquirido	Descripción del tratamiento	Fecha de inicio Día Mes Año	
¿Hubo complicaciones? ☐ SI ☐ No	Describe complicaciones		
Observaciones			
Resultado de exploración física y de los estudios realizados al anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico			
Nombre del hospital	Tipo de estancia ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta estancia / Ambulatoria	Fecha de ingreso Día Mes Año	Fecha de egreso Día Mes Año
Datos del médico tratante			
Nombre del médico	Especialidad	Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación
			Médico de red ☐ SI ☐ No
Presupuesto			
Domicilio:			
Teléfono(s):			
Nombre de ayudante:			
Nombre de anestesiólogo:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60-PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de la relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. Si presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página www.segurosatlas.com.mx, o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante

Nombre y firma del paciente

F-238-AV/02-2012
AMIS

Seguros Atlas, S.A. Paseo de los Tamarindos No. 60 Planta Baja Col. Bosques de las Lomas
05120 México, D.F. Tel.: (55) 9177-50-00 Fax: (55) 9177-51-10 www.segurosatlas.com.mx

F-238-AV/02-2012
AMIS

Seguro Administrado por:



Universidad Iberoamericana, A.C.
Dirección de Recursos Humanos
Prestaciones y Servicios al Personal

Lic. Blanca E. Villamar Nava
Tel. 5950 4000 Ext. 7781
blanca.villamar@ibero.mx

Contacto In-plant INTERTEC

Erika García Real
Tel. 5950 4000 Ext. 4854,
egarcia.uia@intertec.com.mx

Contacto INTERTEC

Agustín Aguilera Castrejón
Tel. 8503 9210 Ext. 247,
aaguilera@intertec.com.mx