

Guía para Trámite de Siniestros de Póliza de Accidentes Escolares

La póliza contratada para este ciclo escolar es con MAPFRE MEXICO S.A

El número de póliza es: **PREESCOLAR 2901900001109, PRIMARIA 2901900001112, SECUNDARIA 2901900001113, BACHILLERATO 2901900001114, LICENCIATURA 2901900001115, L.V. BIT Y LICENCIATURA 2901900005149.**

Las coberturas de esta póliza son:

Muerte Accidental 50,000.00 Reembolso de gastos médicos 25,000.00

Deducible 200.00 (el pago puede ser en efectivo o con cualquier tipo de tarjeta) (No aplica en medicamentos para casa, esto se tramita con pago por reembolso inciso B).

Para el caso del plantel de Cuautitlan Izcalli, el Hospital que estará encargado de atender los accidentes escolares es HOSPITAL JARDIN, ubicado en Calle 2do retorno de Bosencheve 13, Col. Jardines del Alba, CP. 54750, Cuautitlán Izcalli Estado de México. (Aplica las dos modalidades de servicio Pago directo y Pago por reembolso.)

Para el caso del plantel de Lomas Verdes, el Hospital que estará encargado de atender los accidentes escolares es HOSPITAL STAR MEDICA, ubicado en Avenida Lomas Verdes No. 20165 Colonia Santiago Occipaco CP. 53250, Naucalpan de Juarez Estado de México. . (Aplica solo la modalidad Pago por reembolso.)

Existen 2 modalidades para dar servicio a los alumnos que sufran un accidente amparado por la póliza:

A) Pago directo. El alumno accidentado acudirá con los siguientes requisitos:

1.-Carta de la escuela que será elaborada en cada sección del instituto en la que se redacten los generales del alumno (a) accidentado (a), así como la descripción de cómo sucedió el accidente

2.- Credencial del alumno (a)

3.- Identificación oficial del padre o tutor quien se presentará con el alumno (a) a la atención médica En este caso se pagará el deducible en el Hospital.

B) Pago por reembolso. Si el alumno accidentado es atendido en otra clínica o médico particular de su preferencia, deberá además de los requisitos del punto anterior.

Llenar el formato de solicitud de reembolso (solicitarlo en el área administrativa del Instituto) Carta de la escuela (solicitarlo en el área administrativa del Instituto)

Credencial del alumno Último pago de colegiatura

Las facturas de gastos y sus XML, a nombre de la persona a la que se le realizará el reembolso

- En cuanto al comprobante de medicamentos deberá además de la factura anexar original y/o copia (cuando en la receta se prescriba algún antibiótico) de la receta.
- En relación a las radiografías es importante solicitar la interpretación del radiólogo.
- El reembolso se hará por transferencia bancaria, por lo cual solicitamos además copias legibles del estado de cuenta con CLABE Interbancaria, del comprobante de domicilio actualizado (de preferencia recibo telefónico o donde aparezca domicilio completo) y de la Identificación Oficial de la persona que recibirá el reembolso.
- Se entregarán original y dos tantos en el área de Administración del Instituto
- El tiempo de respuesta será de 30 a 45 días hábiles, dependiendo de la respuesta de la aseguradora contratada.

COBERTURA

La protección que otorga este seguro es exclusivamente para la actividad estudiantil que desarrollen los asegurados.

La actividad estudiantil comprende:

- Viaje ininterrumpido de la casa al Plantel, por cualquier medio de transporte, excepto en motocicletas ó motonetas.
- Estancia en el edificio y predio del Plantel.
- Viaje ininterrumpido de regreso a su domicilio.
- Excursiones, eventos deportivos, prácticas profesionales y otras actividades organizadas y supervisadas por la autoridad del plantel.

SERVICIOS

ASISTENCIA VISIÓN ASISTENCIA FUNERARIA

EL SEGURO NO RESPONDERA EN ACCIDENTES CAUSADOS POR:

- UTILIZAR MOTONETAS O SIMILARES
- RIÑA O PELEA
- USO DE ESTUPEFACIENTES
- ACCIDENTES FUERA DEL PERIODO O VACACIONES, EXCEPTO CUANDO SEA DURANTE UNA ACTIVIDAD INHERENTE AL PLANTEL.

ACCIDENTE

Se entiende toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado, independiente de cualquier otra causa, por acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

Se entiende que el período del Seguro es de un año escolar. Sin embargo, la vigencia de esta póliza terminará automáticamente respecto a cada uno de los asegurados con el agotamiento de la suma asegurada contratada como cobertura máxima, por aplicación de dicha cantidad a uno o más accidentes sufridos por el asegurado.



Acuse de Recibo

ACUSE DE RECIBO: GUIA PARA TRÁMITE DE SINIESTROS DE POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES.

Nombre del Alumno(a): _____

Matrícula: _____

Grado: _____ Sección: _____ Fecha: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NOTA IMPORTANTE: FAVOR DE ADJUNTAR COPIA DE INE DE QUIEN FIRMA EL DOCUMENTO