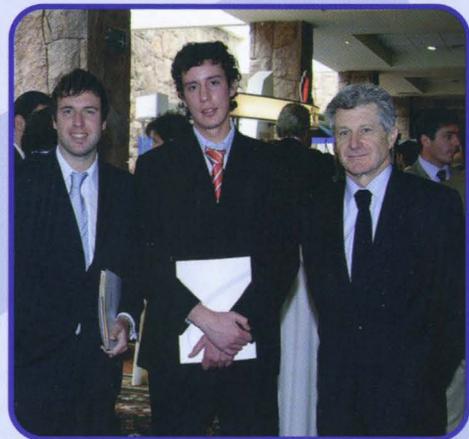
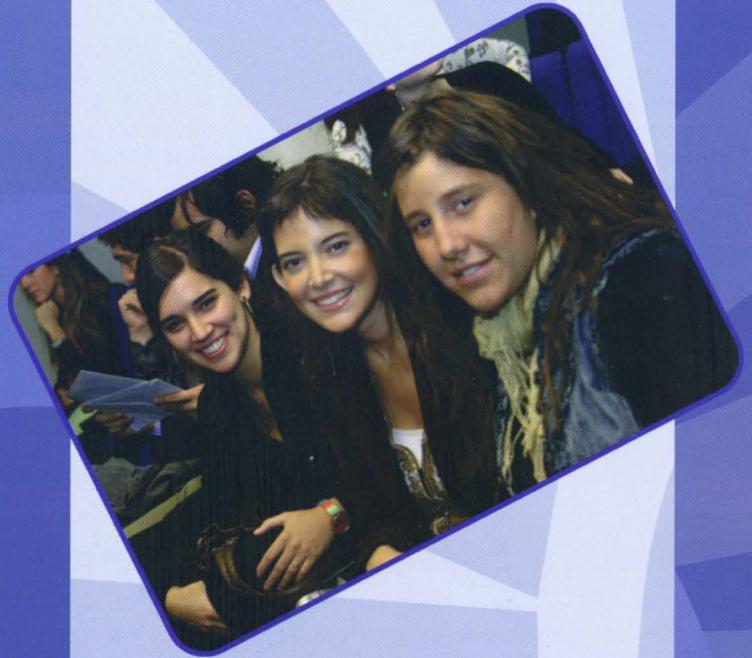


Seguro de Accidentes Personales Escolares Alumnos de Educación Superior Tecnológica



BIENVENIDA

Bienvenido al Plantel del Seguro de Accidentes Personales Escolares

¿Qué es este Seguro?

Es un beneficio que está diseñado para cubrir los accidentes que te puedan ocurrir durante tu estancia en el plantel, así como en traslado ininterrumpido de hogar o al plantel y viceversa, además de aquellos eventos organizados por el plantel a los que asistas como participante.

¿A quién Cubre este Seguro?

Quedan cubiertos todos los alumnos, personal docente y administrativo, registrado en el plantel.

¿Qué coberturas y sumas aseguradas amparan este seguro?

<u>Coberturas</u>	<u>Suma asegurada</u>
Muerte accidental	\$220,000.00
Pérdidas Orgánicas escala B	\$220,000.00
Reembolso Gastos Médicos	\$110,000.00
Deducible de Gastos Médicos	\$ 250.00
Apoyo por muerte fuera de cobertura	\$ 60,000.00
Apoyo de Orfandad hasta	\$ 10,000.00

*Semestre que cursa el alumno al momento del siniestro	*Monto a indemnizar
1° y 2°	\$10,000.00
3° y 4°	\$ 8,000.00
5° y 6°	\$ 6,000.00
7° en adelante	\$ 4,000.00

DEFINICIONES

- **Accidente:** Acontecimiento proveniente de una causa externa súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del asegurado. No se consideran accidentes a las lesiones o a la muerte provocada intencionalmente por el asegurado.
- **Muerte Accidental:** Se indemnizará a los beneficiarios del asegurado hasta la suma contratada, en caso de muerte accidental dentro del periodo escolar y en el traslado ininterrumpido de su hogar ó trabajo al plantel y viceversa, en días de asistencia a clases o en eventos coordinados por el plantel.
- **Pérdidas Orgánicas:** Si a consecuencia de un accidente cubierto el asegurado sufre la pérdida de uno o varios órganos dentro de los 90 días siguientes al accidente, se indemnizará una proporción de la suma asegurada contratada de acuerdo a la tabla de escala de indemnización correspondiente que se menciona en la póliza.
- **Reembolso de Gastos Médicos:** Se reembolsará al asegurado hasta la suma asegurada contratada en la póliza, todos los gastos en que haya incurrido por la atención médica a consecuencia de un accidente en en algún evento escolar o en las instalaciones del plantel, siempre y cuando sea atendido el asegurado dentro de los primeros 10 días de ocurrido el accidente. La responsabilidad de la aseguradora tiene un máximo de 364 días para el reembolso de los gastos cubiertos.
- **Deducible:** Es la participación del asegurado por cada evento o accidente.
- **Apoyo por orfandad:** Se entregará a el alumno la suma asegurada contratada, en caso de que el apoyo económico (Padre o Madre) del alumno asegurado fallezca dentro de la vigencia de la póliza, para que el asegurado pueda concluir sus estudios. Para lo cual tendrá que demostrar el asegurado que no es independiente económicamente.
- **Apoyo por muerte fuera de cobertura:** Se indemnizará a los beneficiarios del asegurado hasta la suma asegurada contratada, en caso de que la muerte accidental ocurra fuera del período escolar.
- **Pago Directo a Hospitales:** Esta cobertura operará únicamente para aquellos accidentes donde el asegurado deba ser internado en un hospital de convenio y cuya estancia sea mayor a 24 hrs. y el gasto superior a los \$1,500.00 M.N.

SEGURO DE ACCIDENTES

EXCLUSIONES

Se consideran excluidos aquellos accidentes que ocurran a consecuencia de que el asegurado se encuentre bajo la influencia de algún enervante, estimulante o alcohol. El asegurado padezca alguna enfermedad corpóral o mental que agrave el riesgo. Por lesiones o muerte intencional. Por un accidente, por participar en un servicio militar, guerra, rebelión o actos delictivos, práctica de paracaidismo, alpinismo, charrería y/o esquí.

REQUISITOS EN RECLAMACIONES

Muerte Accidental ó Apoyo por muerte fuera de cobertura

-DEL ASEGURADO:

-Carta membretada del plantel firmada por el director donde se determinen el beneficiario del asegurado, así como la suma asegurada reclamada dirigida a **"LA ASEGURADORA"** Así mismo anotar la siguiente leyenda: "El plantel se obliga a dejar en Salvo y en paz a la aseguradora, de cualquier eventual reclamación que se presente por terceras personas, una vez efectuado el pago a los últimos beneficiarios reportados a ésta"

-Acta de nacimiento original o certificada por el registro civil

-Acta de defunción original o certificada por el registro civil

-Copia del certificado médico de defunción

-Acta del ministerio público completa, incluyendo, testigos, conclusiones y resultados de exámenes toxicológicos original o certificada por el ministerio público.

-Copia de la identificación oficial del finado

-Copia de la identificación vigente que lo acredite como alumno o empleado del plantel

-Copia de comprobante de inscripción o último recibo de nomina del empleado y tira de materias con horario de clases.

-DEL BENEFICIARIO:

-Formato de metlife (solicitud única) llenado y firmado por el beneficiario

-Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses

-Acta de nacimiento original o certificada por el registro civil

-Copia de identificación oficial.

-Copia de identificación oficial del director.

Reembolso por Gastos Médicos

-Solicitud de Reembolso del Seguro de Gastos Médicos Mayores (**SOLICITAR A bacermx@yahoo.com.mx**)

-Aviso de accidente llenado y firmado en su totalidad por el afectado (**SOLICITAR A bacermx@yahoo.com.mx**.)

-Informe médico llenado y firmado en su totalidad por el medico tratante. (**SOLICITAR A bacermx@yahoo.com.mx**)

-Carta membretada del director del plantel anotando la suma asegurada reclamada dirigida a **"LA ASEGURADORA"**, (**Anexar identificación de quien firma la carta**) en la que se especifique: Como, cuando y donde ocurrió el accidente.

-Copia de identificación oficial del afectado

-Copia de la credencial vigente que acredite al afectado como alumno o empleado del plantel o ultimo recibo de NOMINA.

-Copia de comprobante de domicilio del afectado (fecha reciente)

-Facturas originales con requisitos fiscales en el caso de facturas hospitalarias estas deben de ir acompañadas de **DESGLOSE POR MONTOS Y CONCEPTOS**

-Recibos de honorarios médicos originales con requisitos fiscales.

-Recetas médicas

-Radiografías con interpretación, resultados de todos los análisis realizados.

Apoyo por Orfandad

-Formato de Metlife (solicitud única) llenado y firmado por el alumno

-Carta membretada del director del plantel dirigida a **"LA ASEGURADORA"** solicitando el apoyo para el alumno anotando el semestre que cursa, mencionando que el alumno es soltero y depende económicamente de sus padres, así como **la cantidad reclamada correspondiente al semestre que cursa el alumno al momento del fallecimiento.**

-Copia de identificación oficial del alumno.

-Copia de credencial vigente de la escuela

-Copia de recibo de pago de inscripción y tiras de materias (Del semestre en el que ocurrió la defunción y el semestre actual)

-Acta de nacimiento original del alumno o certificada por el registro civil

-Acta de defunción original o certificada por el registro civil del padre o madre

-Acta de nacimiento original o certificada por el registro civil del padre o madre

-Copia de identificación oficial del padre o la madre

-Comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a 3 meses

-Copia de identificación oficial del director

***En caso de que el alumno tenga un tutor deberá comprobarlo presentando documentación legal que lo acredite como tal.**

LA ASEGURADORA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER OTRO TIPO DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL TIPO DE RECLAMACIÓN.

EN CUANTO SE TENGA LA DOCUMENTACION COMPLETA FAVOR DE ENVIARLA AL D.F. DIRECCIÓN - RIO AMAZONAS #85 DESP. 101 COL. CUAUHTEMOC, DEL. CUAUHTEMOC C.P. 06500 MÉXICO, D.F. - (DESPACHO ENCARGADO EN LLEVAR LOS TRAMITES PARA LAS RECLAMACIONES DEL SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES).

TELS. 01 (55) 85 01 58 30 AL 32. CORREO ELECTRONICO: bacermx@yahoo.com.mx o bacermx1@hotmail.com

NOTA: LOS FORMATOS DE LA ASEGURADORA SE PUEDEN SOLICITAR A bacermx@yahoo.com.mx

- Acta de defunción original o certificada del padre o madre o tutor
- Acta de nacimiento o certificada del padre o madre o tutor
- Copia de identificación oficial del padre o madre o tutor
- Copia de identificación oficial del director

LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR ALGUN OTRO TIPO DE INFORMACION RELACIONADA CON EL TIPO DE RECLAMACION

EN CUANTO SE TENGA LA DOCUMENTACION COMPLETA FAVOR DE ENVIARLA A :
RIO AMAZONAS No. 85 DESP. 101 COL. CUAUHEMOC, DEL. CUAUHEMOC C.P. 06500 MEXICO D.F.
(DESPACHO ENCARGADO EN LLEVAR LOS TRAMITES PARA LAS RECLAMACIONES DEL SEGURO DE
ACCIDENTES ESCOLARES). TELS. 01 (55) 85.01.58.30 AL 32 E-MAIL bacermx@yahoo.com.mx ó bacermx1@hotmail.com

FORMATOS

Para obtener los formatos solicítalos a:

bacermx@yahoo.com.mx

Si tienes dudas pide informes:
Tel. 01 (55) 85 01 58 30 al 32
E-mail: bacermx@yahoo.com.mx
Bacer Agente de Seguros
Río Amazonas #85-101
Col. Cuauhtemoc 06500 México D.F.