

## SEGURO COLECTIVO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES (ESCOLAR)

1. **AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**, Emitirá una póliza Colectiva de Accidentes Personales (Escolar) **No, EW68767N** que cubrirá a todos los alumnos de los planteles dependientes de la DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL. A continuación se enlistan:

- Centro de Estudios Profesionales e Integrales Metrópolis SC

2. El seguro mencionado tiene vigencia del periodo del **01-Julio-2014 al 10-julio-2015**.
3. Las coberturas que contempla este seguro, son las siguientes:

Muerte Accidental	\$220,000.00
Pérdidas Orgánicas	\$220,000.00
Reembolso de Gastos Médicos	\$110,000.00

4. Se entregará a cada uno de los planteles de pendientes de la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial, **talonarios foliados que contiene los certificados que deberán ser requisitados y entregados a los alumnos, una vez que este haya realizado su pago correspondiente.**
5. Es importante que el alumno anote en el certificado que se le entrega el nombre de (su)s beneficiario(s).
6. El Corporativo una vez que haya recibido la aportación del seguro por parte de los alumnos, realizara el pago correspondiente, a favor de **AXA SEGUROS S. A. DE C.V.**



## RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

La escuela deberá dirigir a **AXA SEGUROS, S.A. de C.V.**, una carta firmada por el Director de la misma, indicando que el accidente ocurrió dentro de la cobertura del seguro, solicitando la indemnización correspondiente y adjuntando a la misma la siguiente documentación:

- Consentimiento para ser asegurado dentro de la póliza de accidentes personales escolares.  
ESTE DEBIO HABER SIDO REQUISITADO POR EL ALUMNO QUE FALLECIÓ
- Requisar forma RECLAMACIONES DE SEGURO DE VIDA.
- Acta Nacimiento Asegurado.
- Acta de Defunción del alumno.
- Acta de Nacimiento de los Beneficiarios estipulados en el Consentimiento correspondiente.
- Actuaciones completas del Ministerio Público.
- Copia identificación oficial de los Beneficiarios.

**NOTA: TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERÁN PRESENTARSE EN ORIGINAL O EN SU DEFECTO EN COPIAS CERTIFICADAS.**



## RECLAMACIÓN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La escuela deberá dirigir a **AXA SEGUROS, S. A. de C. V.**, una carta firmada por el Director de la misma, indicando que el accidente ocurrió dentro de la cobertura del seguro, solicitando el reembolso y adjuntando a la misma la siguiente documentación:

- Requisar solicitud para reembolso de gastos médicos, así como Informe Médico.
- Recibos de horarios profesionales con los siguientes requisitos:
  1. A nombre del alumno y sin retenciones
  2. Papel Membretado de su propiedad
  3. Cédula profesional
  4. Permiso S. S. A.
  5. RFC
  6. Folio
- Factura de farmacia.
- Anexar la receta médica.
- Copia de identificación Beneficiarios.
- Todas las facturas hospital, farmacia y laboratorios, deberán de ser a nombre de **AXA SEGUROS; S.A DE C.V. con dirección: Calle Xola No. 535, Piso 27, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, México, DF., Con RFC ASE931116231.**
- Cuenta Bancaria del alumno para realizar el reembolso. En caso de no contar con cuenta bancaria. La aseguradora emitirá un cheque a nombre del estudiante. Solo que el lapso de entrega de este será de 15 a 20 días hábiles.

**IMPORTANTE: NO PROCEDE NINGUNA INDEMNIZACIÓN QUE SE SOLICITE CON MOTIVO DE UNA ENFERMEDAD.**



## RECLAMACIÓN PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

La escuela deberá dirigir a **AXA SEGUROS, S. A. de C. V.**, una carta firmada por el Director de la misma, indicando que el accidente ocurrió dentro de la cobertura del seguro, solicitando el reembolso y adjuntando a la misma la siguiente documentación:

- Requisar solicitud para reembolso de gastos médicos, así como Informe Médico.
- Factura del hospital desglosada.
- Recibos de horarios profesionales con los siguientes requisitos:
  1. A nombre del alumno y sin retenciones
  2. Papel Membretado de su propiedad
  3. Cédula profesional
  4. Permiso S. S. A.
  5. RFC
  6. Folio
- Factura de farmacia (anexar la receta)
- Copia de identificación Beneficiarios.
- Todas las facturas hospital, farmacia y laboratorios, deberán de ser a nombre de **AXA SEGUROS; S.A DE C.V. con dirección: Calle Xola No. 535, Piso 27, Col. Del Valle, Delegación Benito Juárez, CP 03100, México, DF., Con RFC ASE931116231**
- Cuenta Bancaria del alumno para realizar el reembolso. 10 días hábiles para el reembolso. En caso de no contar con cuenta bancaria. La aseguradora emitirá un cheque a nombre del estudiante. Solo que el lapso de entrega de este será de 15 a 20 días hábiles.

**IMPORTANTE: NO PROCEDE NINGUNA INDEMNIZACIÓN QUE SE SOLICITE CON MOTIVO DE UNA ENFERMEDAD.**

# IMPORTANTE

TODA LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE A UN REEMBOLSO DEBERÁ SER ENVIADA AL CORPORATIVO, A LOS SIGUIENTES CORREOS.

- [avelasco@img.mx](mailto:avelasco@img.mx) o [vela\\_are@hotmail.com](mailto:vela_are@hotmail.com) indicando en asunto la clave del plantel y nombre del estudiante. En un lapso no mayor a 3 días hábiles.
- El reembolso se le hará al estudiante en un lapso de 10 a 15 días hábiles, a partir de la fecha en que entrego al plantel toda la documentación correspondiente.
- En caso de no recibir la documentación en el período anteriormente mencionado. **AXA SEGUROS; S.A DE C.V.** no hace responsable en realizar el reembolso.

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL SEGURO**

La protección que se 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 o motonetas.
- Estancia en el edificio y predio del Plantel.
- Excursiones, eventos deportivos, prácticas profesionales y otras actividades organizadas y supervisadas por la autoridad del plantel.
- Cobertura de asalto a mano armada y/o con arma punzo cortante, siempre y cuando se presente en los supuestos que revé la cobertura del seguro.

### **EL SEGURO NO RESPONDERÁ 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 (excepto gastos médicos).

Para los gastos erogados por cada accidente queden cubiertos, deberán principiar dentro de la vigencia de 365 días a partir del primer desembolso en que por tal accidente hubiere incurrido el asegurado, independientemente de que el plazo de la vigencia hubiere terminado.

## MUERTE ACCIDENTAL

Si a consecuencia de un accidente y dentro de los 90 días posteriores a este, el asegurado perdiese la vida, la Compañía de Seguros pagará a sus beneficiarios la cantidad de \$220,000.00.

## INDEMNIZACIÓN

Son cantidades que la Compañía de Seguros pagará hasta \$220,000.00, en caso de que las lesiones del asegurado como consecuencia del accidente y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo se produjeran cualquiera de las pérdidas especificadas en la siguiente tabla:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%



Cuando sean varias las pérdidas ocurridas dentro de la vigencia de la póliza, en uno o varios accidentes, la Compañía de Seguros pagará la suma asegurada de indemnización correspondiente a cada una, sin exceder al monto de \$220,000.00.

### **PERDIDA DE UN ÓRGANO**

Se entenderá por pérdida de las manos o de los pies la mutilación o anquilosis total de éstos órganos, en cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista, por lo que se refiere a los dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso o arriba de la misma.

### **REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

Se entiende por reembolso, la devolución de los gastos de la curación pagados por el asegurado al ocurrir el accidente, que desembolsa **AXA SEGUROS, S.A. de C.V.**, contra la presentación de los comprobantes de lo gastado.

La cantidad máxima que la compañía de Seguros reembolsará será de \$110,000. No quedan cubiertos los gastos realizados para acompañantes del asegurado, durante la internación en el sanatorio u hospital.

No se hará reembolso de gastos médicos de las reclamaciones que se hagan posteriores a la fecha en que el asegurado sea dado de alta de sus lesiones. Los gastos cubiertos por accidentes se reembolsarán por su período máximo de 365 días contados a partir de la fecha del siniestro sin que exceda de \$110,000.00.