

SISTEMA EDUCATIVO CUIEP

“LA SABIDURÍA CONDUCE A LO ALTO DE LA VERDAD”



**“REGLAMENTO PARA EL
USO DEL SEGURO DE
ACCIDENTES ESCOLARES”**

REGlamento PARA EL USO DEL SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

INFORMACION GENERAL:

- Este seguro cubre **UNICAMENTE ACCIDENTES, NO ENFERMEDADES NI EMBARAZOS.**
- Cubre los **ACCIDENTES** que se originen dentro de las instalaciones del plantel, las actividades académicas que sean organizadas por alguna autoridad de la Institución, así como en el trayecto ininterrumpido de casa-Institución y viceversa, tanto en auto particular, como en transporte público. **NO** aplica para accidentes en motocicleta.
- Se debe de dar aviso de manera inmediata a las autoridades de la Institución, a fin de que tengan conocimiento y avalen el uso de la póliza de seguro, la asistencia al hospital debe de ser preferentemente el mismo día del accidente.
- **Estando en el campus**, la dirección, les extenderá el formato de la aseguradora, con la información que se requiere para que puedan asistir a los **HOSPITALES DE LA RED DE MAPFRE**, donde aplica el **PAGO DIRECTO**. **IMPORTANTE**, llevar consigo la credencial de la Institución.
- **Siendo un día inhábil**, solo con el número de póliza y cualquiera de los siguientes documentos:
 - › Comprobante de inscripción, o
 - › Credencial de la escuela, o
 - › Comprobante de pago de la colegiatura más reciente,
- En la primera atención médica aplica PAGO DIRECTO (en los hospitales de la red), en caso de que el Médico solicite consultas subsecuentes, el pago aplica vía reembolso. Se cubren hasta tres (3) consultas subsecuentes o hasta que se agote la suma asegurada contratada (lo que ocurra primero).
- Hospitales de la Red de MAPFRE (consulte hospitales vigentes).

<https://www.mapfre.com.mx/servicios-cliente/red-medica>

ESTADO	CIUDAD	RAZÓN COMERCIAL	DIRECCIÓN
QUERÉTARO	SAN JUAN DEL RÍO	HOSPITAL COSCAMI	AV. RÍO MOCTEZUMA NO. 176, SAN CAYETANO
EDO. DE MÉXICO	CUAUTITLÁN IZCALLI	HOSPITAL SAN RAFAEL	AUT. MEX-QRO KM. 43 S/N PARQUE IND. LA LUZ
EDO. DE MÉXICO	TECÁMAC	CLÍNICA TAFAMI	5 DE FEBRERO NO. 156, TECÁMAC CENTRO
EDO. DE MÉXICO	TECÁMAC	HOSPITAL ANTARA TECÁMAC	AVELLANA S/N, SANTA ANA
EDO. DE MÉXICO	TOLUCA	CENTRAL QUIRÚRGICA SAN RICARDO	ISIDRO FABELA NO. 609, SAN SEBASTIÁN
EDO. DE MÉXICO	TOLUCA	SANATORIO VENECIA	PASEO TOLLOCAN NO. 113, UNIVERSIDAD
EDO. DE MÉXICO	TULA DE ALLENDE	CLÍNICA DE ESP. SANTA MÓNICA	MANUEL ROJO DEL RÍO NO. 35, CENTRO
QUERÉTARO	QUERÉTARO	MÉDICA EBOR	FELIPE ÁNGELES NO. 174, TECNOLÓGICO
QUERÉTARO	QUERÉTARO	HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO	PROL. CONSTITUYENTES NO. 302, EX HDA. EL JACAL

*SUJETO A CAMBIOS

- **MUY IMPORTANTE:** En caso de que decidan atenderse en un Hospital que **NO pertenezca a la red de MAPFRE**, el alumno (padre de familia o tutor) tendrá que pagar la cuenta y la aseguradora integrará el dinero VÍA REEMBOLSO, de acuerdo al tabulador del producto, es decir, a costos que se tengan, por la atención médica, como si se atendieran en algún Hospital de la Red y cumpliendo ciertos requisitos, entre lo más importante es que se tiene que pedir facturas con datos fiscales, mismas que se pueden generar a nombre del mismo alumno, padre o tutor (consultar requisitos).

LAS COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS EN LA PÓLIZA:

COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS	DEDUCIBLE
Reembolso de Gastos Médicos	\$ 25,000.00	\$ 1,000.00
Muerte Accidental	\$ 5,000.00	
Pérdidas Orgánicas "A"	\$ 5,000.00	
Centro de Contacto Telefónico	Amparado	
Asistencia Visión	Amparado	
Asistencia Funeraria	Amparado	
Pago Directo (1er Atención)	Amparado	

- El deducible contratado en este seguro es de \$ 1,000.00 MXN (mil pesos mexicanos), el cual será absorbido por la Institución. Se debe de liquidar directamente en el hospital una vez que se tenga el alta del paciente. En caso de que no se cuente con los medios para hacer llegar el dinero al hospital en el momento, el alumno tendrá que pagarlo (solicitar factura a nombre de CAU) y le será reembolsado.
- Datos para generar la factura a fin de obtener el reembolso del deducible:
 - › Razón social: CONSORCIO ACADÉMICO UNIVERSITARIO
 - › RFC: CAU190515CTA
 - › Domicilio: Calle la Ascensión 325, Colonia la Ascensión, Atlacomulco de Fabela, Estado de México, C.P. 50455
 - › Régimen: Ley General de Personas Morales
 - › Uso de CFDI: Gastos en general
 - › Forma de pago: Transferencia electrónica

INFORMACIÓN PARA REEMBOLSOS

Se requiere recabar:

- › Formato **SAAE-533 REPORTE DE ACCIDENTE ESCOLAR** (lo llena la Institución y el Médico tratante en la parte baja del formato).
- › **SOLICITUD DE REEMBOLSO SAAE-503** (lo llena el beneficiario de pago, tiene el detalle de las facturas a reembolsar, así como los datos de la cuenta CLABE para la transferencia).
- › **Facturas fiscales digitales de TODOS los gastos** a nombre del (la) beneficiario (a) del pago (en archivo PDF y XML).
- › Facturas de medicamentos y/o auxiliares de rehabilitación o tratamiento.

- › Estudios de laboratorio y rayos “x” con su respectiva interpretación.
- › Receta (s) médica (s).
- › Cualquier otro documento, estudios o receta que avalen la atención médica.

Importante considerar lo siguiente:

- Solicitar la factura del Hospital y Médico DESGLOSADA por concepto, si no se puede en la factura, puede ser en hoja anexa membretada.
- La factura debe de tener el nombre del paciente.

Para el beneficiario del pago:

Enviar de manera complementaria:

- Identificación por ambos lados
- Comprobante de Domicilio*
- Estado de cuenta* donde aparezca (nombre del titular, nombre del Banco, cuenta Clabe y fecha).

** Deben estar actualizados y no ser mayores a tres meses de vigencia de la petición de reembolso.*

Si el reembolso lo solicita el Alumno, es importante que ya cuente con su firma Electrónica ante el SAT, para que pueda contar con su homoclave y así poder facturar y solicitar el reembolso a su nombre.

TODA la documentación, incluyendo las facturas fiscales (PDF y XML), serán enviadas por correo electrónico (no se requieren los originales).

Una vez que **esté completa la documentación**, en un plazo no mayor a 10 días hábiles, quedará hecho el depósito.

NOTA: Para obtener los formatos, se pueden solicitar en la oficina de Dirección del Campus o consultar la página de MAPFRE en la siguiente liga y descargarlos:

<https://www.mapfre.com.mx/servicios-cliente/que-hacer-caso-siniestro/gastos-medicos-accidentes-personales/>

EXCLUSIONES:

- La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el asegurado, con dolo o mala fe o sea participe de actos delictivos
- Suicidio o intento de suicidio, cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.
- La muerte o lesiones que resulten de accidentes sufridos por el asegurado, al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos (no prescritos como medicamento) o bajo los influjos del alcohol.
- Peleas o riñas, salvo en aquellos casos donde las lesiones fueron producidas por asalto o intento de este, siempre y cuando sean denunciadas ante el Ministerio Público.
- Cuando la actividad realizada por el alumno no corresponda a una actividad académica autorizada por la Institución.
- Cuando el alumno se encuentre en estatus de inactivo, baja temporal o baja definitiva.

BENEFICIOS ADICIONALES:

- **ASISTENCIA VISIÓN:** Brinda beneficios como examen de la vista gratuito, lentes y armazones oftálmicos a precio preferencial, descuentos varios. (Comunicarse a los teléfonos 800 890 6032 o al 55 5169 3726).
- **ASISTENCIA FUNERARIA:** En caso de requerir la utilización de los servicios de esta cobertura (red de proveedores autorizados) el padre de familia o tutor deberá comunicarse al teléfono 800 890 6032 o al 55 5169 3726 las 24 horas de los 365 días del año, e indicar su número de póliza. Siempre y cuando ocurra dentro de los 90 días a partir del accidente.

Cubriendo los siguientes servicios:

- Traslado y preparación del cuerpo
- Entrega de ataúd
- Servicio de velatorio

CONDICIONES DE PAGO DEL SEGURO:

- El pago se realizará mediante referencia bancaria, la cual será proporcionada por el Coordinador de Finanzas del Campus.
- El seguro se renueva anualmente.
- La contratación de la póliza de ACCIDENTES ESCOLARES es obligatoria por los beneficios ya expuestos.

CARTA DE ACEPTACIÓN

REGLAMENTO DE SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

SISTEMA EDUCATIVO CUIEP

Una vez leído y aceptando el clausulado del Reglamento del Seguro de Accidentes Escolares del Sistema Educativo CUIEP, confirmo que conozco los puntos que lo integran, los cuales aplican a partir de la fecha de emisión de la póliza de seguros de accidentes, me comprometo a cumplirlos y ejercerlos en su totalidad, firmando al calce para debida constancia, el _____ día del mes _____ del año_____.

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO (A)

“LA SABIDURÍA CONDUCE A LO ALTO DE LA VERDAD”