

MÉXICO, D.F., A 07 DE AGOSTO DE 2016

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS**  
Presente,

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE LE INFORMA QUE SE TOMAN LOS RIESGOS QUE A CONTINUACION SE DESCRIBEN, PARA LO CUAL SE EXTIENDE LA PRESENTE:

**CARTA COBERTURA:**

SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES PARA ALUMNOS DE LA INSTITUCION, SEGÚN LISTADO OTORGADO.

**SUMAS ASEGURADAS**

Alumado asegurados	32,292
Docentes y Administrativos asegurados	5,575
Fallecimiento Accidental	\$100,000.00
Perdidas Orgánicas Escala B	\$100,000.00
Gastos Médicos	\$ 50,000.00
Deducible	\$ 0.00
VIGENCIA	07-Ago.-2016 a 07-Ago.-2017

ESTA CARTA COBERTURA QUEDA SIN EFECTO A LA ENTREGA DE LA POLIZA ORIGINAL,

SE ANEXAN LOS FORMATOS QUE DEBERAN DE REQUISITARSE ASI COMO EL DESGLOSE OPERATIVO PARA RECLAMACIONES, DE COBERTURAS Y HOSPITALES DE RED

ATENTAMENTE,

  
RUBÉN RAMOS ESCOBEDO

EN CASO DE SINIESTRO QUE AMERITE ATENCION MÉDICA, ACUDIR A EL HOSPITAL DE RED MÁS CERCANO, EN CASO DE LA CIUDAD DE ZACATECAS Y FRESNILLO, PARA LOS ESTADOS DEL RESTO DE LA REPÚBLICA, ASI COMO PARA POBLACIONES RURALES O FUERA DE LA CAPITAL OPERAR VIA REEMBOLSO:

PARA QUEDAR CUBIERTO El accidente debe de ocurrir durante:

- A) La realización de actividades escolares en las instalaciones de la escuela y dentro del horario escolar registrado.
- B) La asistencia a cualquier evento organizado, programado, aprobado y supervisado por las autoridades de la escuela.
- C) El viaje en conjunto directamente hacia o desde el lugar donde se realicen dichos eventos señalados en el inciso anterior, dentro de la República Mexicana, y se encuentre autorizado y bajo la supervisión de la autoridad escolar. (Para el resto de la Republica ver requisitos en punto E)
- D) El viaje continuo e ininterrumpido del domicilio a la escuela o viceversa, por cualquier medio de transporte.
- E) La cobertura en otros Estados operara siempre y cuando se haya notificado por vía escrita previo al viaje a la oficina enlace de la aseguradora, con domicilio del agente encargado de la administración de la póliza Sr. Rubén Ramos Escobedo, en Enrique Estrada No 104-3 Col. Sierra de Alica, para los casos de los planteles foráneos, podrá ser de manera digital vía correo electrónico a las siguientes direcciones [administracion1@ramosygonzalez.com](mailto:administracion1@ramosygonzalez.com), y [gmm@ramosygonzalez.com](mailto:gmm@ramosygonzalez.com), con papel membretado de la institución, y firma autógrafa del plantel de la misma, que contenga los datos precisos, de la ciudad que se visitara, días de estancia en la misma, nombre de los estudiantes que viajaran, descripción de las actividades que realizaran, así como un aproximado de los horarios de las actividades.

#### REQUISITOS PARA LA RECLAMACION DE SINIESTROS

##### A) MUERTE ACCIDENTAL

El asegurado debe enviar la siguiente documentación:

- Formato de reclamación por fallecimiento (solicitar en oficina enlace)
- Original de acta de nacimiento del asegurado.
- Original de acta de defunción del asegurado.
- Fotocopia de identificación del asegurado.
- Original de acta de nacimiento del(los) beneficiario(s).
- Fotocopia de identificación de cada uno de los beneficiarios.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses (servicio telefónico, luz, agua, predial).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público (averiguaciones previas identificación, del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías), parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones.

##### B) PÉRDIDAS ORGÁNICAS



3.2.-El asegurado debe de enviar la siguiente documentación:

Formato de Reclamación

Informe médico

Expediente médico completo que ampare el suceso motivo de la reclamación, con las últimas radiografías o estudios realizados, con interpretación que respalden la pérdida orgánica.

Original de Acta de Nacimiento del Asegurado.

Copia fotostática de Identificación del Asegurado.

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses (servicio telefónico, luz, agua, predial).

### **C) ATENCIÓN MÉDICA (PAGO DIRECTO)**

Acudir en Zacatecas a cualquiera de los siguientes Hospitales Red

HOSPITAL SAN AGUSTIN, GUADALUPE, ZAC.

HOSPITAL SAN JOSE ZACATECAS, ZAC.

CLINICA SANTA ELENA ZACATECAS, ZAC.

CLINICA SAN VICENTE FRESNILLO, ZAC.

Proporcionar el nombre del contratante Universidad Autónoma de Zacatecas.

Mostrar por medio de credencial de la escuela con matrícula Vigente que pertenece al grupo asegurado

Llevar requisitos los formatos de Aviso de Accidente el cual deberá ser requisito por el alumno así como por la autoridad que tomo conocimiento en el momento del percance.

Recibirá la atención médica del proveedor hospitalario que se le indicó, el pago lo hace la aseguradora de manera directa por lo que el asegurado no deberá reembolsar el costo

### **D) ATENCIÓN MÉDICA EN POBLACIONES PEQUEÑAS Y ALEJADAS VIA REEMBOLSO**

El Asegurado deberá seguir las siguientes indicaciones:

Cuando el asegurado se encuentre en poblaciones rurales o pequeñas y requiera de atención inmediata debido a un accidente debe acudir al servicio de urgencias más cercano.

Hacer pago de servicios, pedir facturación a su nombre, así como acompañarla de interpretaciones de estudios realizados, recetas, notas, estudios, etc. Para reembolso

**ENTREGAR LOS FORMATOS DE AVISO DE ACCIDENTE E INFORME MEDICO**

TELEFONOS DE OFICINA ENLACE 9227710 Y 9250049