Lycée Français de Guadalajara

Colegio Franco Mexicano

SEGURO DE ACCIDENTES

Periodo 2021 – 2022

PROTEGE!at

Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

OBJETIVO

Otorgar una protección a los estudiantes, maestros y personal administrativo del Colegio contra toda lesión corporal sufrida por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa mientras:

- ✓ Durante la estancia en casa por clases virtuales en los horarios normales que tenga el Colegio.
- ✓ Se transporte de su casa al Colegio y viceversa.
- ✓ Durante la estancia en el Colegio: salón de clases, laboratorios, patio, sanitarios, biblioteca y demás instalaciones.
- ✓ Al participar en eventos especiales o deportivos organizados por el Colegio dentro o fuera de sus instalaciones.
- ✓ En excursiones y viajes dentro de la República Mexicana, así como en desfiles y prácticas en que participe el Colegio.
- ✓ En todas aquellas actividades que sean dispuestas por la autoridad escolar y supervisadas por maestros.

PROTEGE!at
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

BENEFICIOS

- ✓ Aseguradora AXA
- ✓ Pago de Gastos Médicos por Accidente hasta $30,000 con Pago Directo en Hospitales de Convenio o a Reembolso.
- ✓ Deducible de $100.
- ✓ Pago por Fallecimiento Accidental de $60,000.
- ✓ Pérdidas orgánicas por Accidente hasta por $60,000.

PROTEGE!at
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

EXCLUSIONES

Lesiones autoinflingidas y actos delictivos intencionales que provoque o en los que participe el Asegurado.

Accidentes que se originen en motocicletas, bicicletas y vehículos de motor similares, en carreras, contiendas de velocidad y/o resistencia en cualquier tipo de vehiculo.

Accidentes por la práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, esquí, tauromaquia, artes marciales, cacería, espeleología, deportes aéreos y cualquier deporte profesional.

Enfermedades, padecimientos u operaciones de cualquier naturaleza.

Lesiones a consecuencia de efectos por estado alcohólico o de estimulantes o drogas no prescritas por un médico.

Lesiones a consecuencia de enajenación mental, depresión psiquica nerviosa, neurosis o psicosis.

Infecciones con excepcion de las que resulten de una lesión accidental.

Muerte si esta ocurre después de 90 días de ocurrido el Accidente.

PROTEGE!at
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

PAGO DIRECTO EN HOSPITALES CON CONVENIO

Se podrá manejar por la Aseguradora el Pago Directo de todos los gastos médicos hasta el tope de suma asegurada siempre y cuando el médico tratante haya designado el Hospital y se haya entregado el Pase de Pago Directo al ingresar al Hospital.

Los hospitales conveniados para Pago Directo son:

PREMIUM

- Hospital San Javier
- Hospital Angeles del Carmen
- Hospitales Puerta de Hierro
- Hospitales Real San José

MEDIO

- Hospital Country 2000
- Hospital Chapalita
- Hospital Terranova
- Hospital Jardines Guadalupe

CONSIDERACIONES:

- El beneficio por reembolso de gastos médicos está limitado a $30,000 y en los hospitales Premium será probable que los costos sean mas altos.
- El trámite de alta hospitalaria al ser Pago Directo puede tardar entre 2 y 3 hrs.

PROTEGE!at
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

PAGO DIRECTO EN HOSPITALES CON CONVENIO

Formato de Pago Directo que debe ser llenado por la Dra. del Colegio o responsable en Administración antes de salir hacia el Hospital

COLEGIO FRANCO MEXICANO, A.C.

Pase Pago Directo

FECHA:_____

Por medio de la presente solicitamos la atención médica urgente para el paciente: _____ , asegurado en la póliza número:_____ con certificado: _____ , expedida por AXA SEGUROS, S .A. DE CV el cual sufrió un accidente en este plantel educativo el día ____ mes _____ año_____.

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

De acuerdo con el convenio celebrado entre AXA SEGUROS, S.A. de C.V. y este plantel Educativo, cualquier gasto que no sea cubierto por la Compañía Aseguradora será pagado por el Asegurado afectado o el Tutor del afectado en caso de que sea menor de edad.

El pago máximo por evento será de **$ 30,000** por Accidente con un deducible de **$ 100.00 MXN.** AXA SEGUROS, S.A. de C.V. pagará directamente al Hospital _____ mediante la vía acordada en convenio de pago directo.

NOTA: ESTA AUTORIZACIÓN TENDRA VALIDEZ DE 24 HRS MAXIMO

ATENTAMENTE

_____
Encargado del plantel
Dra.

Sello de la escuela

PROTEGE!at
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

COMO INICIAR UN TRAMITE DE REEMBOLSO

(1ra. Opción)

Te recomendamos realizar este proceso por medio de la app MyAXA en donde los procesos se realizan de manera ágil y está disponible las 24 horas. Anexamos una liga en donde podrás obtener una guía de como configurar la aplicación.

En caso de cualquier duda en su uso y trámite te puedes comunicar con nuestro broker **Protege.lat** a los teléfonos 33 3630 2019 y 33 3630 9260 en horario normal de oficina o a los celulares que se mencionan al final de la presentación.

PROTEGE.lat
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

COMO INICIAR UN TRAMITE DE REEMBOLSO

(2da. Opción)

Si prefirieras tramitar el reembolso de los gastos médicos del accidente de la manera tradicional, deberás tomar en cuenta los siguientes puntos:

Consideraciones:

- Solicitar los formatos y la Guía de Reembolso en la Enfermería o Administración del Colegio.
- Pedir al Médico tratante que llene el formato de Informe Médico. Se debe llenar un formato por cada médico que cobre honorarios.
- Todas las facturas deben de ir a nombre de AXA Seguros y los recibos de honorarios de los doctores a nombre del asegurado afectado o del tutor. Ver la Guía de Reembolso.
- Para las facturas de Hospital y de Laboratorio se deben anexar los desgloses unitarios.
- De todos los estudios de Imagenología se requiere la carta interpretativa.
- Si en los recibos de honorarios se están cobrando varias consultas, se debe señalar cuantas, su fecha y su costo unitario. Sino es posible en el mismo recibo de honorarios, puede ser en una receta adjunta.

PROTEGE!at
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

FORMATOS

Gastos Médicos Mayores
Solicitud de Reembolso

Instrucciones:
1. Es necesario llenar el presente formato utilizando letra de molde, legible y tinta negra. Este documento es inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.
2. Debe ser firmado por el Asegurado afectado y/o titular de la Póliza, o por su representante legal en caso de ser menor de edad.
3. Esta solicitud será analizada por AXA y de acuerdo a la Póliza y Condiciones Generales contratadas, se enviará la resolución correspondiente.
4. En caso de haber iniciado el tratamiento con otra aseguradora, es necesario adjuntar carta remanente.

Información general

Nombre completo del Contratante de la Póliza: | No. de Póliza: | No. de certificado (en caso de contar con este número):

Datos del Asegurado afectado

Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombre(s):

Edad: | Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino | Fecha de nacimiento: Día Mes Año

RFC: | CURP:

País de nacimiento: | Nacionalidad: | Ocupación / Profesión / Giro del negocio:

Domicilio: Calle: | No. exterior: | No. interior: | Colonia:

Código postal: | Alcaldía o municipio: | Población o ciudad: | Estado:

Número de Firma Electrónica Avanzada:

Correo electrónico: | Teléfono (con clave de ciudad): 01 | Tel. celular (con clave de ciudad):

Exclusivo para personas físicas

1. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, describa el puesto: | Parentesco o vínculo:

2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Especifique: Sí ☐ No ☐

3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí ☐ No ☐ | En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa:

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación: | Parentesco o vínculo:

4. ¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí ☐ No ☐

Nombre y porcentaje de participación:

Gastos Médicos Mayores
Informe Médico

Instrucciones
1. Es necesario llenar el presente formato en su totalidad. Utilice letra de molde, legible y tinta negra.
2. El documento será inválido si presenta tachaduras y/o enmendaduras y debe presentarse en original.
3. La inexacta o falsa declaración de la información médica aquí detallada, exentará de toda responsabilidad a AXA Seguros.
4. Se debe actualizar cada 6 meses o cuando se cambie de médico tratante o cuando cambie el tratamiento o padecimiento.
5. Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

Lugar: | Fecha:

Información general

Datos del Asegurado afectado (paciente).

Apellido paterno: | Apellido materno: | Nombre(s):

Edad: | Fecha de nacimiento: Día Mes Año | Sexo: Masculino Femenino | Talla: | Peso: | Tensión arterial:

Motivo de la atención médica

☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐ Maternidad ☐ Segunda opinión médica

Tipo de estancia

☐ Urgencia ☐ Hospitalización ☐ Corta estancia / ambulatoria ☐ Consultorio

Antecedentes médicos

Antecedentes patológicos (especificar fecha de inicio o tiempo con el padecimiento dd/mm/aaaa):

Cardiacos:_____ | Hipertensivos:_____
Diabetes mellitus:_____ | VIH/SIDA:_____
Hepáticos:_____
Cáncer:_____ | Otros:_____
Convulsivos:_____

Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo):

¿Fuma?_____
¿Consume bebidas alcohólicas?_____
¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas?_____
Otros:_____

Antecedentes gineco-obstétricos.

Gestación:____ Partos:____ Abortos:____ Cesáreas:____
Fecha de última menstruación: Día Mes Año
Especificar si recibió tratamiento para infertilidad: _____
Tiempo de evolución:_____

Antecedentes perinatales (evolución, complicaciones, tratamientos).

Tiempo de evolución:_____

Referido por otro médico o unidad: Sí No ¿Cuál?_____

Diagnóstico(s)

Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):

Fecha de padecimiento: Día Mes Año | Fecha de diagnóstico: Día Mes Año

Tipo de padecimiento:
☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico Tiempo de evolución: _____

PROTEGE!at
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

GUIA DE REEMBOLSO

PROTEGE.lat
Respaldo y Crecimiento Financiero

AXA

GUÍA PARA EL TRÁMITE DE *REEMBOLSO* EN SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

1. TODOS LOS COMPROBANTES QUE **LLEVEN IMPUESTO AL VALOR AGREGADO** DEBERÁN FACTURARSE A:

   AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.
   RFC: ASE931116231
   FELIX CUEVAS 366, PISO 6, COL. TLACOQUEMECATL, DEL. BENITO JUAREZ CP 03200 MEXICO, D.F.

2. TODOS LOS COMPROBANTES QUE **NO GENEREN IMPUESTO AL VALOR AGREGADO** DEBERÁN DE FACTURARSE **A NOMBRE DEL ASEGURADO** AFECTADO O TUTOR.

3. **LAS FACTURAS** DE HOSPITAL, SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA O DE LABORATORIO **DEBEN DESGLOSAR EL COSTO POR CADA UNO DE LOS CONCEPTOS**. ES FRECUENTE QUE EN SERVICIOS DE LABORATORIO NO LOS ESPECIFIQUEN POR LO QUE ES IMPORTANTE RECORDAR AL MOMENTO DE PEDIR LA FACTURA.

4. SI **EN LOS RECIBOS DE HONORARIOS DE MEDICOS SE ESTÁN COBRANDO VARIAS CONSULTAS,** ES IMPORTANTE QUE SE **ESPECIFIQUEN CUANTAS Y LAS FECHAS** DE LAS MISMAS. ESTO DEBE SER EN EL MISMO RECIBO O EN RECETA DEL MISMO MEDICO POR APARTE Y **CON SU FIRMA**.

5. SE DEBE LLENAR **UN FORMATO DE INFORME MEDICO POR CADA MEDICO** QUE PRESENTE RECIBO DE HONORARIOS. EL FORMATO LO DEBE LLENAR UNICAMENTE EL MEDICO TRATANTE.

6. PARA EL REEMBOLSO INICIAL, EL ASEGURADO TITULAR O AFECTADO DEBE LLENAR **EL FORMATO DE REEMBOLSO**, DONDE SE SEÑALARAN LAS FACTURAS QUE SE ESTAN ENTREGANDO.

7. ES NECESARIO **ENTREGAR EN ORIGINAL LOS FORMATOS DE REEMBOLSO, FORMATO DE INFORME MEDICO, FACTURAS Y RECIBOS DE HONORARIOS**. LAS RECETAS, INTERPRETACIONES DE ESTUDIOS Y DESGLOCES DE FACTURA PUEDEN SER EN COPIA.

8. **PARA EL PAGO** ES NECESARIO ENTREGAR: **COPIA DE LA IDENTIFICACION OFICIAL, ESTADO DE CUENTA BANCARIO CON CUENTA CLABE Y COMPROBANTE DE DOMICILIO DEL ASEGURADO TITULAR O TUTOR (EN CASO DE SER MENOR DE EDAD)**.

9. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO SEA MENOR DE EDAD, EL TUTOR DEBERA LLENAR **EL FORMATO DE REEMBOLSO Y PONER LOS DATOS DEL MENOR COMO ASEGURADO TITULAR Y AFECTADO**. LOS COMPROBANTES MEDICOS, LA IDENTIFICACION Y LA CUENTA CLABE **DEBERÁN SER DE LA MISMA PERSONA**.

10. TODOS LOS DOCUMENTOS **DEBERÁN SER ENTREGADOS AL AREA DE RECURSOS HUMANOS DE LA INSTITUCION O A PROTEGE.LAT CONSULTORES** PARA QUE SE INGRESEN A TRAMITE DENTRO DE LA ASEGURADORA.

11. PROTEGE.LAT CONSULTORES DARA AVISO AL ASEGURADO CUANDO SE HAYA REALIZADO LA TRANSFERENCIA O PAGO DE LOS GASTOS.

Se sugiere pedir una copia de la Guía en la Enfermería o Administración del Colegio.

PROTEGE.lat
Respaldo y Crecimiento Financiero

SEGURO DE ACCIDENTES

DESPACHO DE CONSULTORIA

PROTEGE.lat
Respaldo y Crecimiento Financiero

Bogotá No. 2665
Col. Providencia, Guadalajara 44630

TEL. OFIC. (33) 3630 2019 & 3630 9260

SUSANA ANTON GUTIERREZ
Cel. (33) 2493 3970
Email: administracion@protege.lat

JUAN CARLOS GARCIA PLASENCIA
Cel. (33) 1417 4973
Email: juancarlos@protege.lat

PROTEGE.lat
Respaldo y Crecimiento Financiero