



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

## SEGUROS SURA

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO Y ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO, CON LOS BENEFICIOS DE MUERTE ACCIDENTAL, PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE SIN DEDUCIBLE PARA ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

● **SEGURO DE VIDA GRUPO**



● **SEGURO DE ACCIDENTES  
PERSONALES COLECTIVO,  
CON LOS BENEFICIOS DE  
PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y  
REEMBOLSO DE GASTOS  
MÉDICOS POR ACCIDENTE  
SIN DEDUCIBLE**

# SEGUROS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



Es un producto diseñado para proteger al alumnado, con los beneficios de muerte natural, muerte accidental, perdidas orgánicas, reembolso de gasto médicos por accidente (limitada a \$30,000).

Cobertura:

Las 24 horas, los 365 días del año.

Auto administración: Se entenderá como la forma de aseguramiento en la que no se requiere los consentimientos individuales de cada alumno para darlos de alta en el seguro contratado, basta con un listado validado de toda la población estudiantil.

MUERTE NATURAL

MUERTE ACCIDENTAL

PERDIDAS ORGÁNICAS

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS **POR ACCIDENTE**  
**(LIMITADA A \$30,000)**

COBERTURAS CONTRATADAS



## Descripción de coberturas

### **Reembolso de gastos médicos por accidente (limitada a \$30,000):**

Si a consecuencia directa de un accidente, el asegurado dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha del mismo se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico, tendrá derecho al reembolso de los gastos erogados hasta la suma limitada por evento.

Se pagará todo accidente hasta el 100% de la suma asegurada (limitada), incluyendo prótesis dental derivado del accidente.

La responsabilidad de la aseguradora comienza en la fecha que el asegurado sea alumno y se encuentre debidamente inscrito y terminará al momento de agotarse la suma asegurada, contados a partir de la fecha del accidente, lo que ocurra primero.

**ACCIDENTE:** Se entenderá como "evento" al acto o hechos que ocasione toda lesión corporal sufrida involuntariamente al asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa de manera individual o colectiva.



EN CASO DE ACCIDENTE

# TRÁMITE PARA EL REEMBOLSO POR ACCIDENTE



## 1. ASEGURADO Y/O FAMILIAR

Acude al gestor responsable de la Unidad Académica donde se encuentra inscrito para reportar el evento (Accidente).



## 2. GESTOR DE LA UNIDAD ACADÉMICA

Comprueba en base de datos el número de certificado del alumno y envía correo al Departamento de Seguridad Social Estudiantil.



## 3.- CORREO CON LOS SIGUIENTES DATOS:

- \* Nombre completo del alumno
- \* Matrícula
- \* Carrera
- \* No. certificado
- \* Breve explicación del accidente



## 4. LA ATENCIÓN DEBERÁ DE SER INMEDIATA



## 8. DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SOCIAL ESTUDIANTIL:

Conformará el expediente con los documentos presentados por:

- \* Asegurado y/o familiar
- \* Unidad Académica
- \* Depto. de Seguridad Social Estudiantil

Sólo se enviará una vez que se tenga el expediente completo que solicita la aseguradora contratada.



## 7. GESTOR DE LA UNIDAD ACADÉMICA Y ASEGURADO.

Una vez completa la documentación, se agendará una reunión con el Depto. de Seguridad Social Estudiantil para la entrega de los documentos originales y proceder al llenado de los formatos autorizados por la aseguradora.



## 6. DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SOCIAL ESTUDIANTIL:

Envía lista de documentos requeridos y el formato de informe médico al gestor responsable de la unidad académica, el que lo entregará al asegurado. (El formato de informe Médico, será llenado por el médico tratante).



## 5. ASEGURADO Y/O FAMILIAR

Todas las facturas deberán de salir a nombre del asegurado, aún si es menor de edad.



Trámite a cargo del Departamento de Seguridad Social Estudiantil.



**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA  
PARA ACCIDENTES PERSONALES Y  
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS  
POR ACCIDENTE (LIMITADA A \$30,000)**

**Original o copia certificada del Asegurado:**

- ✓ Formato de relación de documentos
- ✓ Aviso de accidente con sello de escuela y carta de escuela indicando cómo, dónde y cuándo fue accidente. (formato de aviso de accidente proporcionado por el Departamento de Seguridad Social Estudiantil de la UAEM).
- ✓ Informe médico firmado por el médico tratante.
- ✓ Credencial del asegurado de la escuela (Credencial de la UAEM)
- ✓ Estudios y/o interpretaciones
- ✓ Facturas originales a nombre del asegurado, aun sea menor de edad.
- ✓ Recetas médicas
- ✓ Aviso de privacidad
- ✓ Identificación oficial con leyenda (actúo en nombre y por cuenta propia y firma)
  - Comprobante de domicilio vigente
  - Formato de transferencia
  - Estado de cuenta a nombre del asegurado

# DIAGRAMA DE OPERACIÓN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE



## Trámite interno de SURA, S.A. DE C.V.



# PAGO DIRECTO

## Requisitos de Atención

001

### RED MÉDICA

- Acudir a Hospitales de la Red

002

### IDENTIFICACIONES

Presentar INE vigente  
y/o Credencial Escolar

003

### PRESENTAR DOCUMENTOS

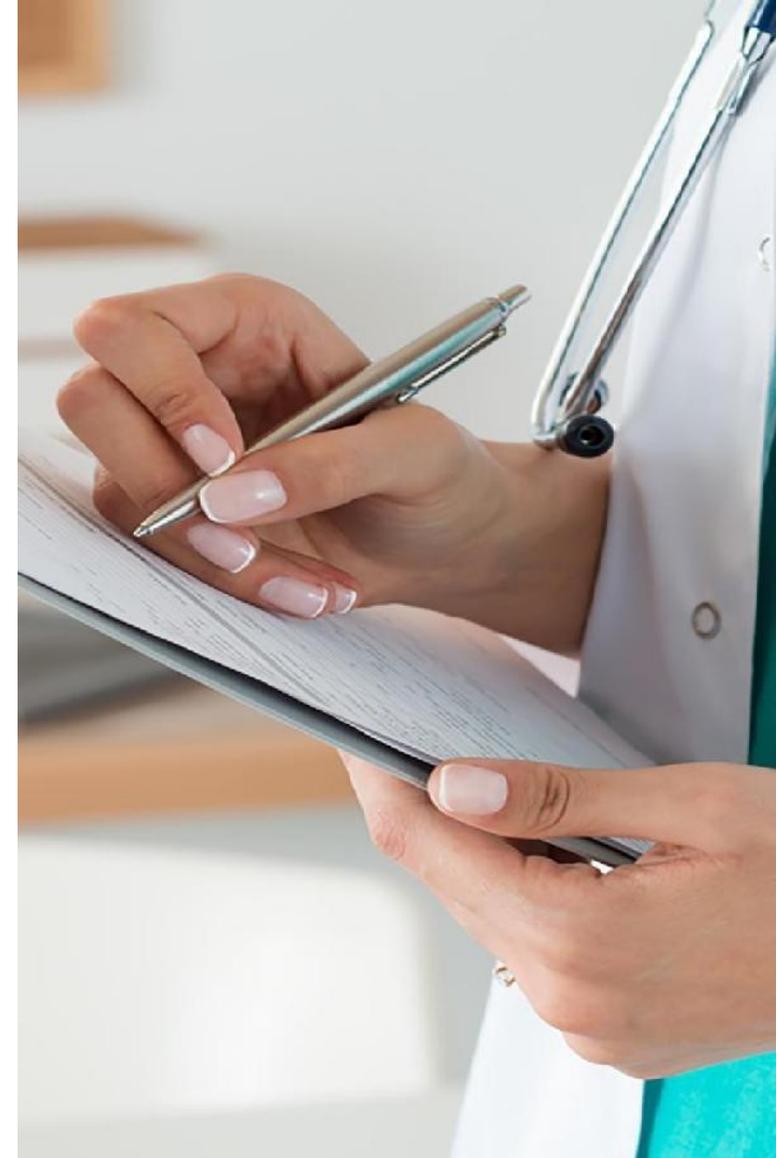
- Aviso de accidente o enfermedad debidamente llenado, sellado y firmado

(Proporcionado por el Departamento de Seguridad Social Estudiantil de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos).

004

### REPORTE DE INGRESO

Reportar el ingreso hospitalario al CAT de Seguros SURA  
(Reportado por el hospital de Red).



Respuesta inicial en  
hospital en Red  
De 2 a 3 horas  
posteriores al alta

# DIAGRAMA DE OPERACIÓN DE PAGO DIRECTO

## Urgencias (Accidentes Personales)

### Trámite interno de SURA, S.A. de C.V.



## Nombre comercial

Centro Médico del Angel

Hospital san Diego

Hospital Center Vista Hermosa

Hospital Morelos

Sanatorio Henri Dunant

RED MÉDICA

*\*EJEMPLO DE FORMATOS DE LA ASEGURADORA CONTRATADA POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS.  
(PROPORCIONADOS POR EL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SOCIAL ESTUDIANTIL)*

*\*AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD*

SEGUROS



AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Tipo de Reclamación y/o evento		No. de Póliza	No. de Certificado	No.
<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Enfermedad			
Empresa o Contratante	Fecha de Alta en la Póliza	Nombre del Asegurado Titular		
Nombre del Asegurado Afectado	Parentesco	Fecha en que ocurrió el Accidente/Enfermedad		
Describe cómo y dónde ocurrió el Accidente (Anexar actuaciones del ministerio público)		ID,M,A)		
Naturaleza del Accidente (Lesiones) e indique estudios practicados				
Naturaleza de la Enfermedad e indique estudios practicados				
Nombre de los testigos en caso de Accidente				
Nombre del Testigo Ocular	Domicilio	Teléfono		

*\*INFORME MÉDICO FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE*

SEGUROS



INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía <input type="checkbox"/>	Tratamiento Médico <input type="checkbox"/>	Instrucciones: 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico tratante con letra de molde 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar 3.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.	
Reembolso <input type="checkbox"/>			
<b>Ficha de Identificación</b>			
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Paciente		Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Causas de Atención		No. de Póliza	No. de Certificado
Prevenición <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>
Referido por otro Médico o Unidad		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____	
<b>Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)</b>			
Antecedentes Personales Patológicos		Antecedentes Personales No Patológicos	



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS

Gracias  
Asegúrate de Vivir

En Seguros SURA somos aseguramiento y gestión de tendencias y riesgos.