

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**

sura 



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, pérdidas orgánicas, reembolso de gastos 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

Fallecimiento por muerte natural: Entiéndase como el deterioro y/o degeneración del cuerpo causado de manera natural o a causa de cualquier tipo de enfermedad sea congénita o hereditaria demostrada, siempre que el asegurado fallezca durante la vigencia de la póliza y acredite ser alumno de la UAEM.

Fallecimiento por muerte accidental: Se entenderá al evento, en el que el asegurado fallezca en un accidente o a consecuencia del mismo dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha de dicho evento.

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.

sura

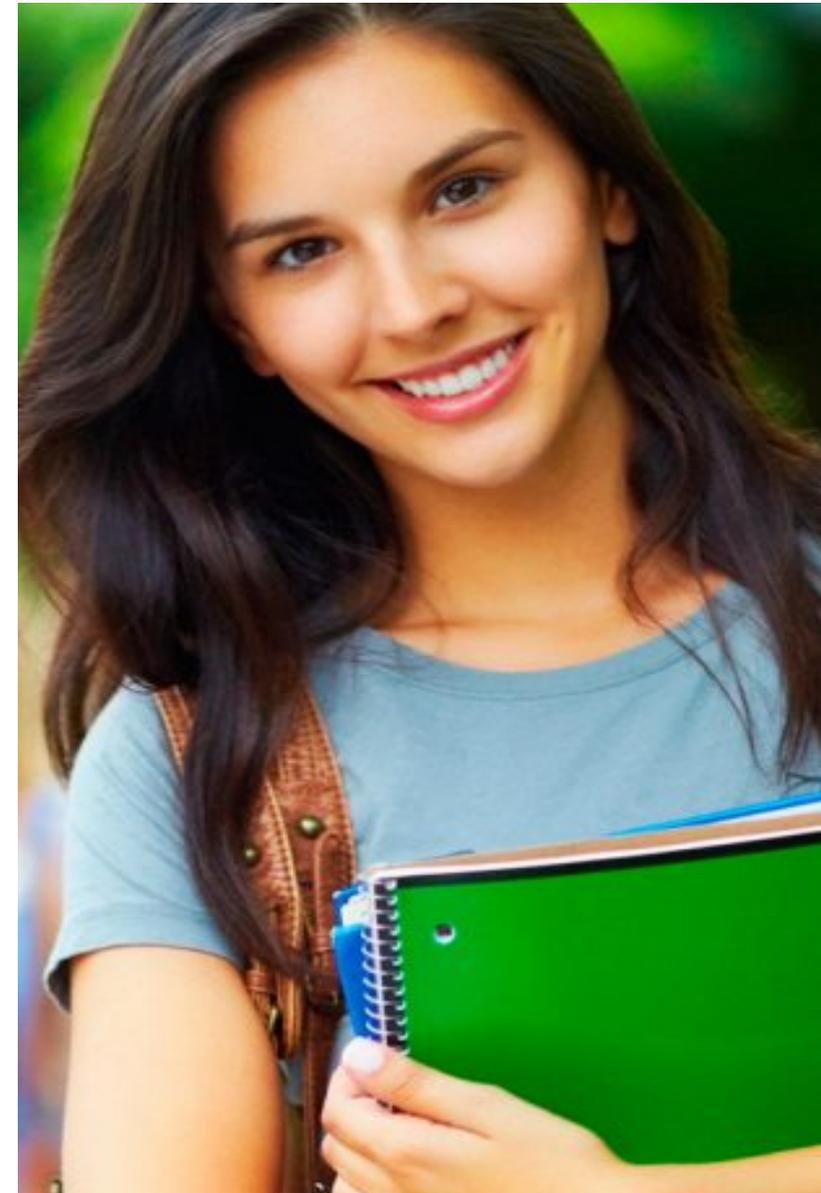


SEGURO DE VIDA

TRÁMITE PARA EL COBRO DEL SEGURO DE VIDA



Trámite a cargo del Departamento de Seguridad Social Estudiantil.





DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL TRÁMITE DEL COBRO DEL SEGURO DE VIDA

Original o copia certificada del Asegurado:

- ✓ Acta de nacimiento.
- ✓ Acta de defunción.
- ✓ Certificado de defunción.
- ✓ Copia de identificación oficial y CURP.
- ✓ Póliza y certificado.
- ✓ Consentimiento de designación de beneficiarios.
- ✓ Correo electrónico de aviso del evento.
- ✓ Si la muerte fue accidental se requieren copias certificadas de las Actuaciones del Ministerio Público.

Documentación del o los beneficiarios en originales o copias certificadas.

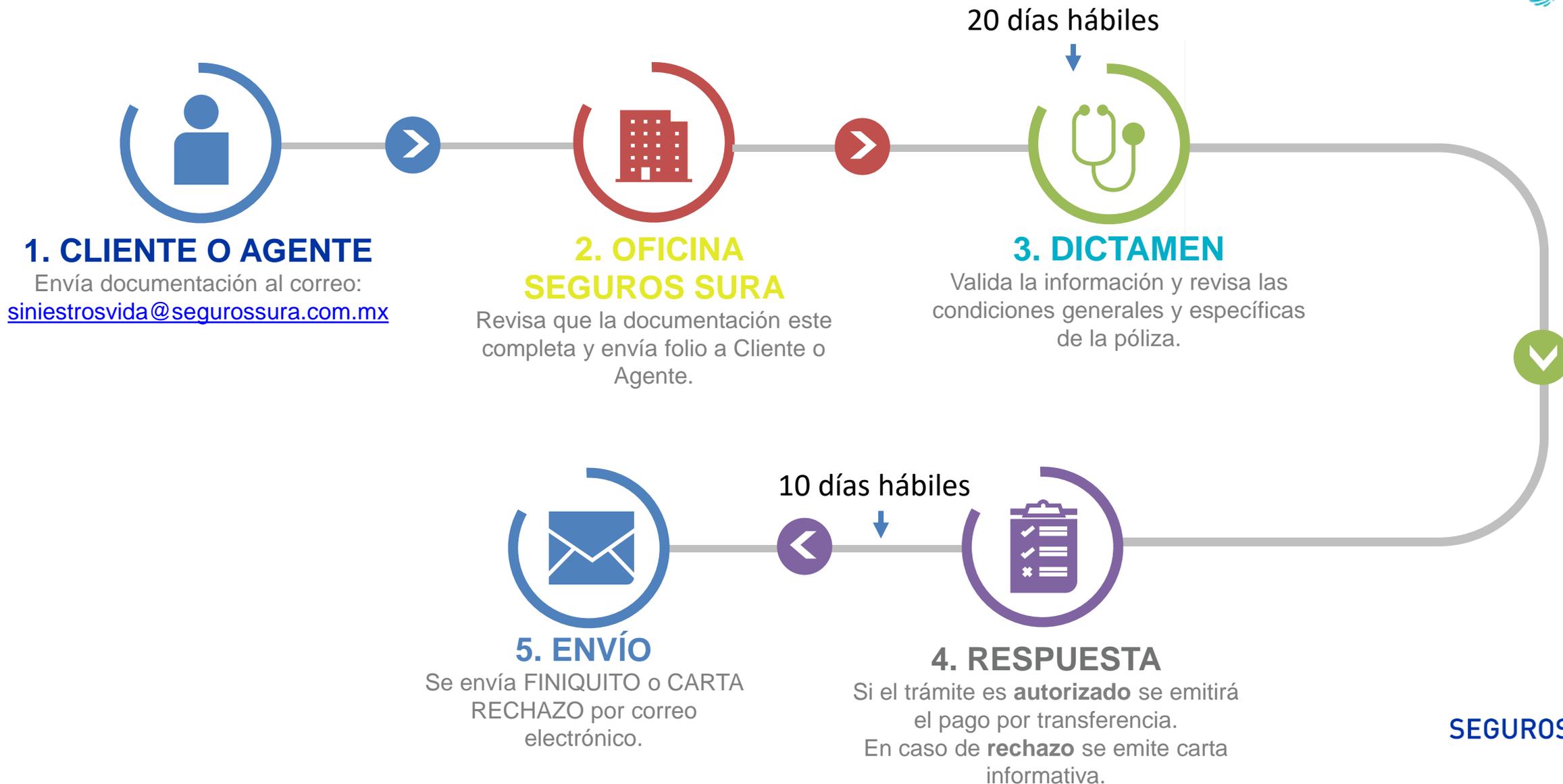
- ✓ Formato de aviso de accidente o enfermedad.
- ✓ Aviso de privacidad
- ✓ Formato de reclamación Declaración 1 (firmada por los beneficiarios).
- ✓ Formato de reclamación Declaración 2 (firmada -por el médico que certifica la defunción).
- ✓ Acta de nacimiento.
- ✓ Acta de matrimonio (en caso de que la beneficiaria sea la cónyuge).
- ✓ Formato de transferencia

Documentación en copia por ambos lados y legible del o los beneficiarios

- ✓ Identificación oficial con firma y leyenda (actúo en nombre y cuenta propia).
- ✓ Comprobante de domicilio
- ✓ CURP
- ✓ Estado de cuenta

DIAGRAMA DE OPERACIÓN DE COBRO DE SEGURO DE VIDA

Trámite interno de SURA, S.A. DE C.V.



**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 (D,M,A)	
Describa cómo y dónde ocurrió el Accidente (Anexar actuaciones del ministerio público)				
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	

**ART 492 (INE CON LEYENDA: ACTUO EN NOMBRE Y POR CUENTA PROPIA Y FIRMA)*

**COMPROBANTE DE DOMICILIO VIGENTE.*

**AVISO DE PRIVACIDAD.*



AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

“En cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), **Seguros SURA, S.A. de C.V.** (antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V.) también conocida como **Seguros SURA**, con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01060., en la Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Seguros SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

Si Usted es nuestro Cliente, Proponente o Solicitante, Contratante, Asegurado, Beneficiario, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, preferencia sexual, características personales y características físicas serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro,



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Gracias
Asegúrate de Vivir

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