

PREPARATORIA PÓLIZA #439
SECUNDARIA PÓLIZA #440

Nuestros alumnos ya están asegurados con la Compañía Aseguradora General de Seguros, el servicio lo prestará la Clínica de la Amistad y el Sanatorio Español y cubre exclusivamente la actividad escolar durante el presente ciclo escolar sin incluir vacaciones y días inhábiles (salvo casos en los que los alumnos realicen actividades coordinadas y supervisadas por la escuela, tales como servicio social, prácticas y/o actividades deportivas, ceremonia y baile de graduación).

La Suma Asegurada Máxima de gastos médicos originados por accidentes citados en la cobertura, es por la cantidad de \$50,000.00

En caso de accidente, el pago del deducible será de \$200.00 cantidad que pagará el familiar del alumno accidentado, en la caja del hospital al momento de recibir la atención médica. Las medicinas que se adquieran fuera de la clínica, porque éstas no le fueron surtidas al momento de la atención o por consultas posteriores y/o honorarios médicos; deberán facturarse a nombre de la persona que realice el pago, detallando el nombre del alumno y posteriormente la aseguradora les reembolsará el importe, presentando lo siguiente:

- Aviso de Accidente. (Escuela)
- Copia del Informe Médico. (Clínica)
- Copia de la Receta Médica.
- Facturas a nombre de la persona que realizó el pago, con el nombre del alumno detallado.
- Copia de identificación (INE actualizado), de la persona a quien deba efectuarse el pago de la indemnización.

COBERTURA

Se cubre exclusivamente la actividad escolar y durante el año escolar sin incluir vacaciones.

1. Dentro del edificio o predio de la escuela.
2. Asistiendo o participando en un evento organizado, programado, aprobado y supervisado presencialmente por la autoridad competente de la escuela.
3. Viajando en grupo directamente desde o hasta el lugar donde se efectúen los eventos descritos en el inciso 2, dentro de la República Mexicana.
4. **Dirigiéndose directa e ininterrumpidamente desde su domicilio hasta la escuela y viceversa** por cualquier medio de transporte excepto en motocicleta o motoneta.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Si durante la vigencia de esta póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse o hacer uso de ambulancia, servicios de enfermera, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete, General de Seguros reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho, el monto de las mencionadas asistencias previa comprobación, descontando el importe del deducible contratado, teniéndose por cumplido el requisito si la atención al accidente cubierto se inicia dentro del indicado plazo de 10 días.

La suma contratada por accidente, finalizará automáticamente respecto a cada uno de los asegurados, al cumplirse los 365 días contados a partir de la ocurrencia del accidente, o lo que ocurra primero.

GALEANA 245 SUR CENTRO TORREÓN, COAH. TEL. 7 12 61 31 Y 7 16 25 19

www.lab.edu.mx/  [SecundariaYPreparatoriaLAB](https://www.facebook.com/SecundariaYPreparatoriaLAB/) / direccion@lab.edu.mx

EXCLUSIONES

La póliza no cubre lo siguiente:

- a) Lesiones derivadas de pleitos y riñas en los que participe el alumno.
- b) Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados directamente por lesiones provocadas por un accidente, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- c) Lesiones por infección, envenenamiento o por inhalación de humos o gases, salvo cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente.
- d) Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado, al encontrarse bajo los efectos del alcohol, enervantes, sustancias estupefacientes o drogas, excepto cuando estas últimas hayan sido prescritas por un médico.
- e) Homicidio intencional cuando se encuentre el Asegurado participando en actos delictivos intencionales, suicidio (consciente o inconsciente) o conato de él, o mutilación voluntaria.
- f) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, guerra declarada o no, rebelión, insurrección, a consecuencia de participar intencionalmente en motines, tumultos, manifestaciones populares o actos delictivos.
- g) Hernias y eventraciones, excepto si son de carácter accidental.
- h) Abortos cualesquiera que sean sus causas.
- i) Los gastos incurridos por el acompañante del Asegurado.
- j) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aún las que resulten, mediata o inmediatamente, de las lesiones amparadas.
- k) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por éstos aquellos que antes del inicio de vigencia de la póliza fueron diagnosticados por un médico, o provocaron un gasto.
- l) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado se encuentre como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de una línea aérea o a bordo de cualquier tipo de avión que no sea de línea aérea regular debidamente autorizada para operar y que se encuentre en viaje de itinerario regular entre destinos establecidos.
- m) Lesiones que el Asegurado sufra como pasajero en Taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular debidamente autorizada.
- n) Como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- o) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de paracaidismo, buceo, práctica de vela, charrería, esquí, alpinismo, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre y grecorromana, rafting, rappel y jet ski.
- p) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre trasladándose desde su domicilio hasta la escuela o viceversa en motocicleta, motoneta o cualquier otro vehículo similar de motor.

ATENTAMENTE
LA DIRECCIÓN

ACUSE DE RECIBO

Octubre de 2016

Asunto.- Información del Seguro de Accidentes Escolar.

Nombre del Alumno _____ Grado y Secc. _____

Nombre del Padre, Madre o Tutor _____ Firma _____

Favor de entregar al Asesor de Grupo.

Archivar en el Depto. de Control Escolar que corresponda.