



PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

El Colegio Americano de Durango, A.C. proporciona a todos los alumnos, una Póliza de Seguro de Accidentes Escolares No. **EH19467B** con, **AXA Seguros, S.A. de C.V.**, cubriendo toda lesión corporal sufrida involuntariamente mientras el alumno se encuentre desarrollando alguna actividad relacionada con el mismo colegio.

- 1) Dentro del edificio o predio del Colegio.
- 2) Asistiendo o participando en un evento organizado, programado, aprobado y supervisado por la autoridad competente del Colegio.
- 3) Viajando en grupo directamente desde y hasta el lugar donde se efectúen los eventos dentro de la República Mexicana.
- 4) Dirigiéndose directamente e ininterrumpidamente desde su domicilio hasta el Colegio o viceversa (30 minutos),
excepto en motocicletas, cuatrimotos o motonetas.
- 5) El periodo de cobertura es únicamente por el Ciclo Escolar actual.
- 6) La suma asegurada, comprende reembolso de gastos por accidente (**únicamente**) hasta el valor de **\$50,000.00** pesos.

OPCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA y PAGO:

1.- VIA PAGO DIRECTO. - El Colegio tiene convenio con el Hospital Clínica de Diagnóstico del Guadiana ubicado en Laureano Roncal No. 211, Zona Centro, C.P. 34000; Durango, Dgo.,

Tel. 618 829 80 10, a donde el Padre de Familia puede acudir si así lo decide. Allí podrá efectuar un pago directo, lo que significa que se pagará un deducible de **\$300.00** pesos en el hospital y recibirá la atención médica necesaria.

2.- VIA REEMBOLSO. - Los Padres de Familia tienen la opción de llevar a su hijo(a) para su atención médica a cualquier otro hospital de su preferencia, realizando el pago total de los servicios recibidos y solicitando posteriormente el REEMBOLSO de dichos gastos. Es muy importante que en este caso, se soliciten las facturas y recibos de honorarios:

a) A nombre de: AXA Seguros, S.A. de C.V. (Facturas que generan IVA)
RFC: ASE931116231
Félix Cuevas No 366, Piso 6, Tlacoquemécatl, C.P. 03200
Alcaldía Benito Juárez, CDMX

b) A nombre del Padre de Familia (Facturas que NO generan IVA)

Cuando su hijo(a) es dado de ALTA es necesario presentar los formatos de AXA debidamente llenados, así como solicitar recibos de honorarios médicos y facturas.



Es necesario entregar lo antes mencionado, incluyendo informe(s) médico(s) de cada uno de los doctores de quienes se recibió la atención médica, así como el formato de solicitud de reclamación del accidente en (original y copia) en Recepción con la C.P. Norma Violante.

En caso de fracturas o análisis clínicos, deberá conservar las radiografías y resultados de los mismos para anexarlos a la documentación requerida.

NOMBRE Y FIRMA
DE ENTERADO

FECHA

_____ DURANGO, DGO., _____ 20____



ACCIDENT INSURANCE POLICY

The American School of Durango provides all students an Accident Insurance Policy No. [EH19467B](#), contracted with Insurance Co. AXA Seguros, S.A. de C.V., covering all involuntarily suffered physical injury while a student is involved in some activity related to the school.

- 1) Inside the building or facilities of the School.
- 2) Attending or participating in an organized, programmed, approved event and supervised by a competent authority of the School.
- 3) Traveling in a group directly from and to the place where the events take place in Mexico.
- 4) Going directly and uninterruptedly from her/his address to the School or returning in the same manner
(30 minutes), **except by motorcycle, four wheels or motor scooter.**
- 5) The coverage period is the present School year.
- 6) The sum insured includes reimbursement of accident expenses (only) up to the value of \$50,000.00 pesos

HEALTH CARE OPTIONS AND PAYMENT

1.- DIRECT PAYMENT. - The School has an agreement with **Hospital Clínica de Diagnóstico del Guadiana located** at Laureano Roncal No. 211, Zona Centro, C.P. 34000; Durango, Dgo. Phone 618 829 80 10, where the Parent can go if they so decide. There he/she will be able to make a direct payment, which means that a deductible of \$300.00 pesos will be paid at the hospital in order to receive the necessary medical care.

2.- BY REIMBURSEMENT. - - Parents have the option of taking their child for medical attention to any other hospital of their choice, making full payment for the services received and subsequently requesting the REIMBURSEMENT of said expenses. It is very important that in this case, the invoices and fee receipts are requested:

a) Under the name: AXA Seguros, S.A. de C.V. (Taxed Invoices)
RFC ASE931116231
Félix Cuevas No 366, Piso 6, Tlacoquemécatl, C.P. 03200
Alcaldía Benito Juárez, CDMX

b) Under Parent's name (Invoices without Tax)



When the student is recovered, it is necessary to fill out the forms from AXA, the required Doctor's receipts, and necessary invoices.

It is necessary to deliver the aforementioned, including medical report(s) from each of the doctors from whom the medical care was received, as well as the accident claim request form (original and copy) at Reception with C.P. Norma Violante.

In case of fractures or clinical analysis, you must keep the X-rays and the results to attach them to the required documentation.

NAME AND SIGNATURE

DATE

_____ DURANGO, DGO., _____ 20__



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	Talla:	Peso:
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Tensión arterial:
Motivo de la atención médica							
<input type="checkbox"/> Enfermedad		<input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Maternidad		<input type="checkbox"/> Segunda opinión médica	
Tipo de estancia							
<input type="checkbox"/> Urgencia		<input type="checkbox"/> Hospitalización		<input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		<input type="checkbox"/> Consultorio	
Antecedentes médicos							
Antecedentes patológicos (especificar fecha de inicio o tiempo con el padecimiento dd/mm/aaaa):				Antecedentes no patológicos (especificar frecuencia, cantidad y desde cuándo):			
<input type="checkbox"/> Cardiacos: _____		<input type="checkbox"/> Hipertensivos: _____		<input type="checkbox"/> ¿Fuma? _____			
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: _____		<input type="checkbox"/> VIH/SIDA: _____		<input type="checkbox"/> ¿Consume bebidas alcohólicas? _____			
<input type="checkbox"/> Cáncer: _____		<input type="checkbox"/> Hepáticos: _____		<input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido algún tipo de drogas? _____			
<input type="checkbox"/> Convulsivos: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> Otros: _____			
Antecedentes gineco-obstétricos.				Antecedentes perinatales (evolución, complicaciones, tratamientos).			
Gestación: ___ Partos: ___ Abortos: ___ Cesáreas: ___							
Fecha de última menstruación:		Día Mes Año					
Especificar si recibió tratamiento para infertilidad: _____							
Tiempo de evolución: _____				Tiempo de evolución: _____			
Referido por otro médico o unidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____							
Diagnóstico(s)							
Padecimiento actual (principales signos, síntomas y detalles de evolución):							
Fecha de padecimiento:				Fecha de diagnóstico:			
Tipo de padecimiento:							
<input type="checkbox"/> Congénito		<input type="checkbox"/> Adquirido		<input type="checkbox"/> Agudo		<input type="checkbox"/> Crónico	
						Tiempo de evolución: _____	



Causa o etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión):

Tiene relación con otro padecimiento: Sí No
¿Cuál? _____

El padecimiento ocasionó incapacidad:
 Sí No Parcial Total Desde: _____ Hasta: _____

Diagnóstico (indicando si es unilateral o bilateral, derecho o izquierdo):

Código ICD: _____ Es cáncer: Sí No Escala TNM: _____

Señale los datos relevantes de exploración física:

Describe los estudios de laboratorio y/o gabinete que realizaron para confirmar el diagnóstico, con su interpretación:

Tratamiento

Tratamiento propuesto (quirúrgico, no quirúrgico): _____ Fecha de cirugía: _____
Día Mes Año

Fecha de hospitalización: _____ Día Mes Año Fecha de alta: _____
Día Mes Año

Días que se brindó atención médica: _____

Sitio en el cual se realizará el procedimiento:
 Consultorio Hospital Gabinete Otro Especifique: _____

En caso de haber seleccionado hospital indique el nombre del hospital:

Se realizó estudio histopatológico: Sí No
Describe el resultado del estudio histopatológico:



Se presentaron complicaciones: Sí No
 Describa las complicaciones:

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro: Sí No
 Describa el tratamiento:

Otros tratamientos y/o materiales, equipos y/o biológicos/monitoreos

Especificar tratamiento (sesiones de quimioterapia, sesiones de rehabilitación física, número de sesiones, cantidad, cada cuánto y durante cuánto tiempo):

Programación de sesiones de quimioterapia o radioterapia (en caso de ser más de 10 medicamentos, favor de llenar otro formato)

#	Nombre y presentación del medicamento (Ej: Paracetamol 100 mg)	Cantidad (Ej: 1 tableta)	Cada cuánto (Ej: Cada 24 hrs)	Durante cuánto tiempo (Ej: Por un mes)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Programación de sesiones de rehabilitación física

Días: _____ No. de sesiones: _____

Se requiere servicio de enfermería

Días requeridos: _____ Matutino Vespertino Nocturno 24 horas

Nombre de medicamentos:



En caso de terapia inmunológica, biológica, etc., justifique el tratamiento:

Lista de materiales que utilizó o se utilizarán en cirugía y/o equipo especial (monitoreo, Da Vinci u otros):

Tipo de terapia:

Cédula de especialidad:

Detalle de evolución:

Observaciones

Si tiene alguna observación adicional, favor de agregarla aquí:

Datos del médico

Médico o especialista		Médico o especialista (anestesiólogo)	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	
Especialidad:		Especialidad:	
Cédula profesional:		Cédula profesional:	
Cédula de especialidad:		Cédula de especialidad:	
RFC:		RFC:	
Domicilio:		Domicilio:	
Teléfono:		Teléfono:	



Ayudante 1		Ayudante 2	
Tipo de participación:		Tipo de participación:	
Nombre:		Nombre:	

Otros médicos:

Firma del médico	Lugar y fecha

En caso de reembolso y/o programación de servicios, el asegurado deberá llenar el siguiente apartado:

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad.

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

Sí acepto Firma del Asegurado: _____
 No acepto

Autorizo que AXA Seguros S.A. de C.V., al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

Sí acepto Firma del Asegurado: _____
 No acepto



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: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa el puesto:		Parentesco o vínculo:	
2. ¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Especifique:			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre y porcentaje de participación:			



Tipo de solicitud			
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos	<input type="checkbox"/> Carta de valoración	<input type="checkbox"/> Pago indemnizatorio	
Facturas o recibos presentados para reembolso			
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Honorarios médicos	<input type="checkbox"/> Otro(s)	
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Patología (biopsia)	Especifique:	
Aviso de accidente			
En caso de accidente, describa el lugar, cuándo y cómo ocurrió el evento y si se reportó con alguna autoridad, detallando qué provocó la lesión:			
En caso de accidente automovilístico, mencionar las Compañías aseguradoras involucradas:			
Aseguradora de tu auto:		Aseguradora(s) del(los) tercero(s) involucrado(s):	
Facturas / Recibos adjuntos			
Número de recibo	Número de factura	Especifique el tipo de tratamiento que ampara el comprobante (consulta, hospitalización, terapia, etc.)	Importe total
			Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Dólar <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> Otros
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
Total (a)			

AI - 344 • ENERO 2019



Desglose de medicamentos reclamados

Número de recibo	Número de factura	Especifique la enfermedad o diagnóstico para el que se indicó	Nombre del medicamento	Nombre de farmacia	Importe total
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
				Total (b)	
				Total general (a+b)	

Beneficiario del pago

Asegurado Contratante
 Otro, justificación: _____

Al marcar esta casilla instruyo a AXA Seguros S.A. de C.V., para efectuar el pago correspondiente derivado de la presente solicitud a favor de la persona cuyos datos incluyo en el presente apartado, renunciando a toda acción o derecho a mi favor derivado del mismo, acreditando que realizo el pago (factura, recibos de honorarios, etc.).

En caso de haber seleccionado otro, completar los siguientes campos:

Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión / Giro del negocio:			
RFC:			CURP:		

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): _____
---------------------	---	--

Transferencia electrónica Orden de pago

En caso de transferencia, indicar:

Banco: _____

Número de cuenta: _____

CLABE interbancaria: _____

AI - 344 • ENERO 2019



Firma del Beneficiario de pago	Lugar y fecha de reclamación

Nota: no se realizan pagos ni depósitos a tarjeta de crédito. Para transferencia electrónica es indispensable el llenado de estos 3 datos, mismos que serán válidos únicamente para esta reclamación. En caso de omisión, no será posible continuar con el análisis integral de su solicitud.

Datos personales

AXA Seguros, S.A. de C.V. (AXA), con domicilio en Avenida Félix Cuevas número 366, piso 6, Colonia Tlacoquemécatl, Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, Ciudad de México, llevará a cabo el tratamiento de sus datos personales para el cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades previstas en el aviso de privacidad integral que puede consultar en axa.mx en la sección Aviso de Privacidad.

Autorizo el tratamiento y transferencia de mis datos personales patrimoniales y financieros, para efectos del cumplimiento del Contrato de Seguro y demás finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad.

Transferencia de datos a terceros

Para ser llenado por el Asegurado afectado, o en su defecto los padres o tutores en caso de ser menor de edad

Autorizo que AXA trate mis datos personales sensibles y los transfiera a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos con los que tenga convenio, para efectos del cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato de Seguro.

Sí acepto

Firma del Asegurado:

Autorizo que AXA, al inscribirme en alguno de los programas que incluye la Póliza de gastos médicos mayores, transfiera mis datos personales sensibles a médicos especialistas en México y/o en el extranjero, así como a prestadores de servicios médicos, con la finalidad de ofrecerme los servicios de asistencia que me permitan dar seguimiento específico a mi padecimiento, así como solicitar una segunda opinión médica y en su caso se me ofrezcan alternativas para el tratamiento de mi enfermedad.

Sí acepto

Firma del Asegurado:

No acepto

Autorizo que AXA transfiera mis datos personales relativos a la siniestralidad de mi Póliza a mi agente o al broker.

Sí acepto

Firma del Asegurado:

No acepto

Firma del Asegurado afectado o representante legal	Firma del Asegurado titular y/o Contratante	Lugar y fecha

Nota: siempre que se utilice el sistema de pago por reembolso, el Asegurado ratifica que contrató a su elección por nombre y cuenta de AXA Seguros, a los proveedores de los servicios médicos (personas morales) tales como hospitales, farmacias, laboratorios, proveedores de equipo médico incluyendo aparatos y prótesis. Los gastos que el Asegurado haya realizado por nombre y cuenta de AXA Seguros a favor de dichos proveedores le serán restituidos sujetos a los tabuladores y límites de cobertura de su Póliza. A excepción de los recibos de honorarios médicos, enfermería y farmacias, los cuales deben ser facturados a nombre del Contratante o Asegurado de la Póliza.

Documentación para anexar en esta solicitud:

- Informe médico (no mayor a 6 meses), por cada siniestro o padecimiento ocurrido.
- Copia de recetas médicas (no mayores a 3 meses), señalando nombre del Asegurado afectado, fecha de elaboración.
- Estudios de laboratorio e interpretación con firma del médico.
- Facturas hospitalarias y de personas morales que generen IVA: facturar a nombre de AXA Seguros, S.A. de C.V., ASE931116231, Félix Cuevas 366, Piso 6, Col. Tlacoquemécatl, Del. Benito Juárez, 03200, CDMX, México.
- Los comprobantes de honorarios médicos, farmacias y enfermería así como cualquier otro que genere ISR a retener: facturar a nombre del Asegurado.