



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PATRONATO UNIVERSITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DEL
PATRIMONIO UNIVERSITARIO

CIRCULAR DGPA/07/2006

**A LOS COORDINADORES, DIRECTORES DE
FACULTADES, ESCUELAS, CENTROS E INSTITUTOS,
DIRECTORES GENERALES, SECRETARIOS ADMINISTRATIVOS
Y JEFES DE UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ESTA UNIVERSIDAD
PRESENTE**

Se hace de su conocimiento que en días pasados se llevó a cabo la Licitación para la renovación de la póliza del seguro que cubre alumnos de la UNAM, durante las prácticas de campo dentro de la República Mexicana, la cual fue contratada a partir del 15 de mayo de 2006 al 15 de mayo de 2007 con "Seguros Comercial América, S.A. de C.V.", bajo las siguientes coberturas:

1. Muerte accidental	\$150,000.00 M.N.
2. Pérdidas orgánicas por accidente Escala "A"	\$150,000.00 M.N.
3. Reembolso de gastos médicos por accidente	\$ 45,000.00 M.N.

Escala "A"

• Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
• Una mano y un pie	100%
• Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
• Una mano o un pie	50%
• La vista de un ojo	30%
• El pulgar de una mano	15%
• El índice de una mano	10%

Beneficios adicionales:

- Homicidio intencional, simple y calificado.
- Inhalación de gases tóxicos y peligrosos.
- Envenenamiento o intoxicación por contacto de plantas, a excepción de alergias preexistentes.
- Piquetes y mordeduras de animales venenosos.

La prima total a pagar por día de viaje y asegurado es de: **\$5.00 M.N.**

La prima pagada por los asegurados solicitantes, se depositará en la cuenta de cheques No. 65-50157033-6 de Banco Santander Serfin, S.A. a favor de la UNAM – Dirección General del Patrimonio Universitario; la cantidad deberá ser exacta y comprender el viaje de práctica; la copia de la ficha sellada por la Institución Bancaria se anexará con los formatos del seguro debidamente requisitados, los cuales se



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PATRONATO UNIVERSITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DEL
PATRIMONIO UNIVERSITARIO

CIRCULAR DGPA/07/2006

presentarán a esta Dependencia con dos días hábiles de anticipación previos a cada salida.

Referente al procedimiento a seguir en caso de siniestro, este se encuentra considerado en el Manual sobre Seguros Patrimoniales, en su capítulo III, el cual se entregó a todas las dependencias y entidades universitarias el año de 2003. Además de lo indicado, se deberán adicionar algunas consideraciones, quedando de la siguiente forma:

1. Efectuar todo lo necesario para la atención y tratamiento del o los lesionados.
2. Dar aviso a la DGPA, del accidente que pueda ser motivo de indemnización, dentro de los 5 días siguientes de ocurrido.
3. Reunir toda la documentación probatoria de los gastos efectuados, tales como: recibos, notas, facturas, recetas, etc., (no se aceptan comprobantes de pago de Instituciones de Beneficencia).
4. Presentar los formatos que se anexan a la presente Circular de **"Aviso de Accidente"**, **"Informe Médico conteniendo Historia Clínica"**, **"Relación de Comprobantes para Reembolso de Gastos Médicos"**, debidamente contestados por el o los médicos tratantes y los asegurados. Dicho formato podrá ser bajado de la página Web: www.patrimonio.unam.mx
5. El trámite de pago de reclamaciones, se realizará únicamente por medio de reembolso, para lo cual el asegurado deberá presentar la siguiente documentación, a través de oficio dirigido a la DGPA, para ser tramitado ante la compañía de seguros:
 - a) Los documentos probatorios de los gastos efectuados (recibos, notas, facturas, recetas, etc.).
 - b) En su caso copia certificada del Acta de Averiguación Previa, levantada ante la autoridad competente.
 - c) Los formatos debidamente requisitados del Aviso de Accidente, Informe Médico conteniendo la Historia Clínica y Relación de Comprobantes para reembolso de Gastos Médicos.
 - d) Resultados y estudios de laboratorio y rayos X realizados.
 - e) Copia simple de identificación oficial del asegurado, acompañada del original para cotejo.

En caso de fallecimiento:

- f) Copia certificada del Acta de Defunción, conteniendo el examen toxicológico.
- g) Copia certificada del Acta de Nacimiento del asegurado.
- h) Identificación oficial del asegurado.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

PATRONATO UNIVERSITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DEL
PATRIMONIO UNIVERSITARIO

CIRCULAR DGPA/07/2006

- i) En su caso Copia certificada del Acta de Averiguación Previa, levantada ante la autoridad competente.
- j) Copia certificada del Acta de Nacimiento del o los beneficiarios.
- k) Copia simple de identificación oficial del o los beneficiarios, acompañadas del original para cotejo.

Cabe aclarar que la documentación solicitada y enviada a esta Dirección General puede variar de acuerdo a situaciones especiales que se presenten en cada uno de los siniestros.

Por tal motivo, se deberá tomar nota de lo anterior, con objeto de que a través del trámite establecido, se sirvan enviar a esta Dirección General, con dos días hábiles de anticipación al viaje de práctica de campo, la ficha de depósito junto con el formato institucional para el trámite de aseguramiento denominado "Prácticas de Campo Escolares", mismo que se encuentra a disposición en la página Web de esta Dirección General, con la finalidad de realizar los trámites a que haya lugar en tiempo y forma.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitaria, D. F., a 9 de mayo de 2006

LA DIRECTORA GENERAL

MTRA. MARÍA ASCENSIÓN MORALES RAMÍREZ

c.c.p. Ing. José Manuel Covarrubias Solís.- Tesorero de la UNAM.

Instrucciones:

1. Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formulario, La institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de la Reclamación

- Reembolso Programación de Cirugía - Tratamiento Pago Directo

Tipo de Reclamación

- Accidente Embarazo Enfermedad

Nombre o Razón Social del Contratante _____ No. de Póliza _____

Asegurado Titular (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____ R.F.C. o C.U.R.P. _____

Asegurado Afectado (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____ R.F.C. o C.U.R.P. _____

No. Certificado del Afectado _____ Fecha de Alta _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Nacionalidad _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo F M _____ Parentesco con el Titular _____ Correo electrónico _____ Teléfono de Contacto _____
Cve. Lada (_____) _____

Domicilio: Calle _____ No. Exterior _____ No. Interior _____ Colonia _____

C. P. _____ Estado _____ Delegación _____ Ocupación o Profesión _____ Lugar donde trabaja / empresa _____ Giro de la Empresa _____

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? Sí No Si su respuesta fue afirmativa indique No. de Siniestro _____

Compañía _____ Fecha de Reclamación _____

¿Actualmente tiene otro seguro? Sí No Compañía _____

Tipo de Reclamación: Inicial Complementaria Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó: _____

Fecha en que ocurrió el Accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. _____
Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad. _____
Día _____ Mes _____ Año _____

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación: _____
Si es Accidente detállese, ¿Cómo y dónde fue? _____

Autoridad que tomó conocimiento del Accidente (anexar copias del Ministerio Público) _____

En caso de Accidente Automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? Sí No Nombre de la Cía. _____

Cobertura _____ Suma Aseg. _____ No. de Póliza _____ Cía. del Tercero _____

Hospital en que fue atendido _____ ¿Estuvo hospitalizado? Sí No Días de Estancia _____

¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento? _____

Nombre del Médico Tratante _____ Especialidad _____
Dirección _____ Tel. y/o e-mail _____

Médicos que ha consultado en los últimos dos años.	Nombre / Especialidad	Causa / Fecha	Tel. y/o e-mail

<p>Documentos a presentar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copia de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la institución (en caso de Accidente). 2. Interpretación de estudios Radiológicos o de Gabinete. 3. Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (IFE, Pasaporte y en caso de menores de 5 años Acta de Nacimiento). 4. Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.). 5. Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento. 	<p>Notas: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el siguiente cuestionario, invalida de toda responsabilidad a la institución. Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios y clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcione toda la información que sea solicitada por Seguros Comercial América S.A. de C.V., tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación. En relación a lo anterior relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento. La copia fotostática de esta autorización es tan válida como el original.</p>	Nombre y Firma del Titular
		Nombre y Firma del Afectado
		Lugar y Fecha

Centro de Contacto 24 horas: Gastos Médicos: 51 69 27 27 • Lada sin costo: 01 800 00 18 700 • Lada sin costo EUA y Canadá: 18 88 29 37 221.

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.

Programación de Cirugía Tratamiento Médico Reembolso

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))	Estado Civil	Ocupación	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	--------------	-----------	------	---

Causa de Atención:

Prevención Embarazo Enfermedad Accidente

Referido por otro Médico o Unidad

Sí No ¿Cuál? _____

Historia Clínica (especificar tiempo de evolución anotando fechas de patologías y cirugías)

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Antecedentes Perinatales (si es necesario)

Padecimiento Actual (principales signos y síntomas)

Con una evolución: 1 a 3 Meses 3 a 6 Meses 6 a 12 Meses Más de 1 año

Fecha de Inicio

Día Mes Año

Código CIE-10

Para uso exclusivo de ING Comercial América

1.-	Diagnóstico 1: _____
2.-	Diagnóstico 2: _____
3.-	Diagnóstico 3: _____

Fecha de Diagnóstico

Día Mes Año

Tipo de Padecimiento: Congénito Adquirido Agudo Crónico

Se le ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente: Sí No ¿Cuál? _____

Resultados de la Exploración Física y de los Estudios Realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla: _____ cm. Peso: _____ Kg. T/A: _____ mm/Hg FC _____ x' FR _____ x' T _____ C

Tratamiento

Código CPT-4 <small>Para uso exclusivo de ING Comercial América</small>	Descripción de Tratamiento	Fecha de Inicio
1.- _____	1: _____ _____	Día _____ Mes _____ Año _____
2.- _____	2: _____ _____	Día _____ Mes _____ Año _____
3.- _____	3: _____ _____	Día _____ Mes _____ Año _____

¿Hubo Complicaciones?	Descripción de Complicaciones
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1: _____ 2: _____ 3: _____

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia	Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso
_____	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia / Ambulatoria	Día _____ Mes _____ Año _____	Día _____ Mes _____ Año _____
Ciudad _____			

Datos Generales del Médico Tratante

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____ Teléfono _____
 Especialidad _____ R.F.C. _____ Celular _____
 Cédula Profesional _____ Cédula de Especialidad o Certificación _____
 No. de Proveedor _____ E-mail _____

Mencione nombre y especialidad del(os) Médico(s) que participa(n) en la intervención o como interconsultante(s):

Anestesiólogo: _____
 Ayudante 1: _____
 Ayudante 2: _____
 Otro(s) Médico(s): _____

NOTA: Como Médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que otorguen a Seguros Comercial América, S.A. de C.V. todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado o de los familiares responsables en el caso de los menores o discapacitados como del expediente clínico que obra en mi poder.

Lugar y Fecha		Firma del Médico Tratante
Centro de Contacto 24 horas:		
Gastos Médicos	51 69 27 27	Aviso:
Lada sin costo	01 800 00 18 700	Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.
Lada sin costo EUA y Canadá	18 88 29 37 221	

