



# Póliza Colectiva de Accidentes Personales Estudiantes

Enero 2024



## Coberturas Póliza Colectiva Accidentes Personales Estudiantes

Muerte  
Desmembramiento  
Invalidez Total y Permanente  
Cobertura de Gastos Médicos  
Últimos Gastos

# Cobertura Póliza de Accidentes Personales Estudiantes

## Descripción de Coberturas:

- **Muerte Accidental o Desmembramiento (MAD)**

Bajo esta cobertura los beneficiarios recibirán el pago de la suma asegurada en caso de que el asegurado fallezca a consecuencia de un accidente.

- **Incapacidad Total y Permanente (PACI)**

Si el asegurado se incapacita total y permanente a consecuencia de un accidente recibirá el pago contratado en la cobertura.

- **Últimos Gastos**

Bajo esta cobertura quedan cubiertos los gastos relacionados con los servicios funerarios incurridos por el fallecimiento de la persona asegurada, hasta la suma contratada legales de la póliza. Este beneficio puede pagarse directamente al proveedor de servicios funerarios contratado por la aseguradora o ser entregado a los beneficiarios designados o herederos.

- **Gastos Médicos**

Bajo esta cobertura quedan cubiertos los gastos médicos originados a consecuencia de un accidente e incurridos por el asegurado tales como, servicios odontológicos, honorarios médicos quirúrgicos y/o hospitalarios.

# Cobertura Póliza de Accidentes Personales Estudiantes

## Condiciones especiales:

- La cobertura cubre todas las tandas escolares, incluyendo Centros Educativos que ofrecen clases nocturnas.
- La cobertura incluye tanda extendida dentro del recinto y en el trayecto de los estudiantes desde y hacia el mismo.
- La cobertura se extiende a excursiones, campamentos, proyectos estudiantiles, paseos escolares u otra actividad oficial desarrollada por el Centro Educativo con los estudiantes.
- Se extiende la cobertura de accidentes en motocicletas siempre y cuando ocurran en el trayecto desde o hacia el Centro Educativo, que el conductor esté legalmente autorizado para operar el vehículo, que no se encuentre bajo efectos del alcohol y/o drogas ilícitas y que no esté participando activamente en la comisión de un delito o en competencias de velocidad.
- Se extiende a cubrir riñas/motines dentro de los planteles.
- Se incluye cobertura por intoxicación accidental dentro del plantel escolar. Esta cobertura se hace extensiva a desayuno y almuerzos escolares.
- La indemnización de las coberturas amparadas bajo esta póliza será pagadera mediante reembolso.

# Cobertura Póliza de Accidentes Personales Estudiantes

## Condiciones especiales:

- Para la indemnización de la cobertura de Desmembramiento se otorga tabla invertida para estudiantes zurdos.
- El límite de MAD (Muerte Accidental y Desmembramiento) y Gastos Médicos es un límite único combinado, donde las coberturas de Desmembramiento y Gastos Médicos se deducen de la cobertura única y del fallecimiento.
- El límite de la cobertura de Gastos Médicos nunca excederá el límite de la cobertura de MAD.
- Coberturas con suma asegurada de RD\$150,000.00 combinado para MAD y Gastos Médicos y para incapacidad Total y Permanente.
- La cobertura de Ultimos Gastos (RD\$25,000.00) será pagadera una sola vez hasta el tope de la cobertura, contra factura a la persona que haya costeado los gastos, en caso de no tener facturas el pago aplicará junto con el pago de Muerte y sobre esa misma base.
- Póliza anual con inicio de vigencia del 01 de diciembre del 2023.



# Cobertura Póliza de Accidentes Personales Estudiantes

## Coberturas:

HORARIO COBERTURA
24 HORAS
Todas las Tandas Escolares

ELEGIBILIDAD		
EDAD MIN. INGRESO	EDAD MAX. INGRESO	EDAD MAX. PERMANENCIA
4	35	40

Detalle de Coberturas (RD\$)	
Muerte Accidental y Desmembramiento	150,000.00
Gastos Medicos	
Incapacidad Total y Permanente	150,000.00
Ultimos Gastos	25,000.00



# Cobertura Póliza de Accidentes Personales Estudiantes

## Requisitos para Reclamos :

### Importante:

Dentro de los primeros cuarenta y cinco (45) días calendario de haber ocurrido el accidente, deberá avisarse a la Compañía de Seguros de tal hecho, indicando fecha, hora, lugar y circunstancia del accidente, y además nombres y domicilios de los testigos mencionados, si han intervenido las autoridades y si se ha indicado el sumario. La recopilación de documentación inicia a partir de esta notificación.

Se aplica el mismo plazo de notificación si el accidente causó la muerte, debiendo entregarse adicionalmente el CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN como prueba de muerte.

# Cobertura Póliza de Accidentes Personales Estudiantes

## Requisitos para Reclamos :

### Fallecimiento y Últimos Gastos:

- Formulario Reclamación Pólizas de vida
- Acta de defunción original y legalizada del asegurado.
- Copia de documento de identidad del asegurado. (Cedula / Acta de Nacimiento para menores de edad)
- Copia de la cédula de identidad y electoral de ambos lados del beneficiario y en caso de menor de edad anexar acta de nacimiento original legalizada y la copia de la cédula de identidad y electoral de ambos lados del padre, madre o tutor legal (En este último caso remitir Consejo de Familia Homologado).
- Notificación o aviso de fallecimiento por parte del contratante de la póliza (si es una póliza colectiva), vía carta y/o correo electrónico.

### Agregar en caso de Muerte Accidental y/o Desmembramiento (MAD):

- En caso de Muerte Accidental enviar Acta Policial Original o copia certificada.
- En caso de desmembramiento enviar certificado de discapacidad por el médico tratante.





# Cobertura Póliza de Accidentes Personales Estudiantes

## Requisitos para Reclamos :

### **Agregar en caso de Pago Anticipado del Capital por Invalidez Total y Permanente (PACI):**

- Formulario Declaración Médico Tratante.
- Certificado de discapacidad por el médico tratante.

### **En caso de solicitud de reembolso para la cobertura de Gastos Médicos, por servicios ambulatorios:**

- Formulario Reclamación Pólizas de Vida.
- Anexar recibos originales (firmado y sellado).



# Cobertura Póliza de Accidentes Personales Estudiantes

## Requisitos para Reclamos :

**En caso de solicitud de reembolso para la cobertura de Gastos Médicos, por estudios especiales y hospitalización:**

- Formulario Reclamación Pólizas de Vida.
- Formulario Declaración Médico Tratante.
- Anexar recibos originales (firmado y sellado).
- Indicación médica (firmada y sellada).
- Resultados de los estudios especiales realizados.

## Requisitos Reclamos Accidentes Personales

### Requisitos básicos por muerte:

- > Formulario Reclamación Pólizas de Vida. \*
- > Acta de defunción original y legalizada del asegurado.
- > Copia de la cédula de identidad y electoral de ambos lados del asegurado.
- > Copia de la cédula de identidad y electoral de ambos lados del beneficiario y en caso de menor de edad anexar acta de nacimiento original legalizada y la copia de la cédula de identidad y electoral de ambos lados del padre, madre o tutor legal (En este último caso remitir Consejo de Familia Homologado).
- > Notificación o aviso de fallecimiento por parte del contratante de la póliza (si es una póliza colectiva), vía carta y/o correo electrónico.

### Agregar en caso de Muerte Accidental y/o Desmembramiento (MAD):

- > En caso de Muerte Accidental enviar Acta Policial Original o copia certificada.
- > En caso de desmembramiento enviar certificado de discapacidad por el médico tratante.

### Agregar en caso de Pago Anticipado del Capital por Invalidez Total y Permanente (PACI):

- > Formulario Declaración Médico Tratante. \*
- > Certificado de discapacidad por el médico tratante.

### En caso de cobertura de Últimos Gastos, enviar los Requisitos Básicos por muerte.

**En caso de solicitud de reembolso para la cobertura de Gastos Médicos, por servicios ambulatorios\*\*, enviar:**

- > Formulario Reclamación Pólizas de Vida.\*
- > Anexar recibos originales (firmado y sellado).

**En caso de solicitud de reembolso para la cobertura de Gastos Médicos, por estudios especiales y hospitalización\*\*\*, enviar:**

- > Formulario Reclamación Pólizas de Vida. \*
- > Formulario Declaración Médico Tratante. \*
- > Anexar recibos originales (firmado y sellado).
- > Indicación médica (firmada y sellada).
- > Resultados de los estudios especiales realizados.

\*Formularios suministrados por Seguros Reservas.

\*\*Ambulatorio: consultas, rayos x, laboratorios, estudios sin contraste entre otros.

\*\*\*Estudios especiales y hospitalización: tomografía, cateterismo, emergencias, estudios con contraste, entre otros.

**La compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional.**

**I. Datos del Asegurado**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Sexo: M  F  Fecha de nacimiento: 

Día	Mes							Año		

 Cédula: \_\_\_\_\_  
Póliza número: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**II. Datos del Siniestro**

Tipo de siniestro \*: Fallecimiento  Incapacidad  Desmembramiento  Enfermedad  Hospitalización   
Fecha de ocurrencia: 

Día	Mes							Año		

 Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_  
Causa: Accidente\*\*  Enfermedad  Explique la causa del siniestro: \_\_\_\_\_  
Explique otra causa/condición que contribuyera al siniestro: \_\_\_\_\_  
¿Fue ocasionado por un accidente laboral? Si  No

\* Según el tipo de siniestro seleccionado, diríjase a la sección que le corresponda. \*\* Anexar Acta Policial original o copia certificada.

**III. Por Fallecimiento (favor completar en caso de que aplique)**

Detalle de la última enfermedad (en caso de que aplique): \_\_\_\_\_  
¿Estuvo el difunto hospitalizado? Si  No  Si la respuesta es positiva especifique la causa: \_\_\_\_\_  
Centro de Salud: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Médico tratante: \_\_\_\_\_  
¿Se le practicó una autopsia? Si  No  En caso afirmativo, anexar informe

**IV. Incapacidad/Desmembramiento (favor completar en caso de que aplique)**

Tipo de incapacidad: Total Temporal  Parcial Temporal  Total Permanente  Desmembramiento   
En caso de Incapacidad Temporal, indique: Duración: desde 

Día	Mes							Año		

 hasta 

Día	Mes							Año		

  
Región afectada: \_\_\_\_\_  
(Si es una mano o brazo, pie o pierna especifique si es derecho o izquierdo)

**V. Enfermedad (favor completar en caso de que aplique)**

Nombre de la enfermedad diagnosticada: \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico 

Día	Mes							Año		

**VI. Hospitalización (Anexar facturas originales cuando se valide la cantidad de días hospitalizados) (en caso de que aplique)**

Duración: desde 

Día	Mes							Año		

 hasta 

Día	Mes							Año		

 Si es mujer, ha sido ocasionado por un embarazo? Si  No

**VII. Datos del declarante (Persona o Empresa)**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco (en caso de que aplique): \_\_\_\_\_  
Yo, \_\_\_\_\_ hago constar que estas declaraciones son verídicas y completas a mi leal saber y de buena fé y que toda la documentación depositada es verídica y fue obtenida por los canales regulares.  
\_\_\_\_\_  
Firma del Declarante Cédula Fecha: 

Día	Mes							Año		

**DECLARACIÓN:**

- Firma proporcionada debe coincidir con firma de cédula.  
- La información suministrada y la investigación de la reclamación presentada no implica que la compañía admita la validez o violación de las condiciones de la póliza.

**IX. Datos del Contratante (para uso interno)**

Contratante: \_\_\_\_\_  
Certificado número: \_\_\_\_\_ Cédula/RNC: \_\_\_\_\_ Póliza: Individual  Colectivo

**XI. Declaración del Médico**

Explique las causas del fallecimiento, enfermedad, hospitalización, lesión o complicación:

¿Desde cuándo padecía la enfermedad, lesión o complicación? Favor indicar la fecha:

Día		Mes		Año			

Fecha de ingreso de la hospitalización:

Día		Mes	Año

Fecha de alta médica de la hospitalización:

Día		Mes	Año

En caso de que aplique indicar: Detalles de las causas previas al reclamo:

Fecha de la primera vez que se consultó con usted por: la enfermedad u hospitalización.

Día		Mes		Año			

Favor describirlo brevemente:

---

 ¿Tiene usted conocimiento de que el paciente recibió tratamiento de algún otro médico o en algún hospital o institución durante los últimos 5 años?    Sí     No     En caso afirmativo facilite los siguientes datos:

Nombre del Médico	Especialidad	Correo Electrónico

Yo, Dr(a). \_\_\_\_\_ hago constar que estas declaraciones son verídicas y completas a mi leal saber y de buena fe.

Especialidad: \_\_\_\_\_ Exequátur: \_\_\_\_\_

 Fecha:
 

Día		Mes		Año		

 \_\_\_\_\_  
 Firma y sello del médico

**NOTAS:**

- Todos los campos deben ser completados en los casos que aplique.

**1. Datos personales del paciente**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**2. Síntomas de presentación**


---



---



---



---

**3. Historia de la enfermedad actual**

	Fecha de inicio del padecimiento: ____ / ____ / ____
--	---------------------------------------------------------

**4. Historia de la familia**

Padres: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Abuelos: \_\_\_\_\_

Tios (as): \_\_\_\_\_

**5. Antecedentes personales**
**Patológicos**

Niñez: \_\_\_\_\_

Adolescencia: \_\_\_\_\_

Adultez: \_\_\_\_\_

**No patológicos**
**Fecha:**

Hospitalarios: _____	____ / ____ / ____
Quirúrgicos: _____	____ / ____ / ____
Medicamentosos: _____	____ / ____ / ____
Alérgicos: _____	____ / ____ / ____
Traumáticos: _____	____ / ____ / ____
Transfusionales: _____	____ / ____ / ____

## 6. Hábitos tóxicos

Café: Sí  No  Cantidad: \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
Tabaco: Sí  No  Cantidad: \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
Alcohol: Sí  No  Cantidad: \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
Tisanas: Sí  No  Cantidad: \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_  
Drogas: Sí  No  Tipo: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

## 7. Revisión por sistemas

Sistema Nervioso: \_\_\_\_\_  
Sistema Cardiovascular: \_\_\_\_\_  
Sistema Respiratorio: \_\_\_\_\_  
Sistema Gastrointestinal: \_\_\_\_\_  
Sistema Genitourinario: \_\_\_\_\_  
Sistema Musculo-esquelético: \_\_\_\_\_

## 8. Hallazgos positivos al examen físico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 9. Diagnóstico(s)

Fecha (desde):

Diagnóstico	Fecha (desde)
1. _____	____/____/____
2. _____	____/____/____
3. _____	____/____/____
4. _____	____/____/____
5. _____	____/____/____

## 10. Tratamiento y recomendaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11. Datos del médico tratante

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Exequátur: \_\_\_\_\_ Membresía: \_\_\_\_\_

Número de sociedad: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Fecha: 

Día		Mes		Año					

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

**Nota:** Firma proporcionada debe coincidir con firma de cédula.