



# Procedimiento de Pago Directo

## Accidentes Personales Escolares

## Procedimiento de Pago Directo

Para recibir atención de **Pago Directo** es necesario:

- Que la póliza se encuentre Pagada.
- Que el hospital esté en convenio con La Latinoamericana Seguros, S.A.
- Que la atención requerida sea a consecuencia de un accidente

El pago Directo, solo aplicará para la **Atención Inicial**, todos las atenciones que se deriven de esta tales como: consultas subsecuentes, terapias de rehabilitación, estudios de laboratorio o gabinete y medicamentos se deberán tramitar vía **Reembolso**.

## Procedimiento de Pago Directo

La Cobertura opera única y exclusivamente:

1. Realizando actividades escolares en las instalaciones de la escuela y dentro del horario escolar registrado.
2. Asistiendo a cualquier evento organizado y supervisado por las autoridades de la escuela. Este deberá ser reportado previamente, informando sobre sus actividades a la Latino Seguros.
3. Viajando en grupo directamente hacia o desde el lugar donde se realicen tales eventos, dentro de las República Mexicana y se encuentre bajo la supervisión de la referida autoridad escolar.
4. Dirigiéndose del domicilio a la escuela y viceversa en forma continua e ininterrumpida. Excepto viajando en motocicleta o motoneta

## Procedimiento de Pago Directo

### Procedimiento:

- En caso de producirse un accidente, el personal del colegio deberá reportarlo **el mismo día de ocurrido**, a nuestro Centro de Atención Telefónica al 5249 8360 ó 01800 0011900 opción 7, donde le brindarán atención y asesoría para recibir atención médica.
- El asegurado se presentará en la clínica u hospital en convenio mas cercano, se identificará con la credencial del colegio u otra identificación oficial y exhibirá el Aviso de Accidente o Enfermedad, totalmente contestado; es indispensable que cuente con **el sello del colegio y la firma del director** para que sea válido.
- El personal del hospital le brindará la atención una vez autorizada por La Latino Seguros. El asegurado se encargará de **pago del deducible** contratado.

## Procedimiento de Pago Directo

- Es obligación del contratante notificar a La Latino Seguros, a través de la página WEB ó de su agente de seguros en hoja membretada, con un mínimo 24 hrs de anticipación, las salidas que los alumnos realizarán, especificando, relación de participantes (para salidas fuera de la ciudad es indispensable), fechas, origen y destino, horarios de salida y regreso, actividades a realizar. De no tener conocimiento La Latino Seguros, **no asumirá** la responsabilidad en caso de siniestro. **solo quedarán amparadas aquellas personas dadas de alta en la póliza con fecha previa al evento notificado**

# Procedimiento de Pago Directo

En caso de que el alumno no se encuentre dado de alta, recibirá la atención y los gastos serán tramitados vía reembolso, para ser valorados posteriormente por la latino seguros.

**NOTA:** Con el propósito de brindarle un mejor servicio y no exista demora en la atención, le agradecemos llenar siempre los espacios requeridos, del "Aviso de Accidente o Enfermedad" liga



## FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

**INSTRUCCIONES:**  
 1. ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOJEDA.  
 2. ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.  
 3. POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, EL INSURTE NO OBLIGA A LA COMPAÑÍA DE LA MEDICINA O A RECONOCER AL ASESORADO DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA LEY.  
 4. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VALIDO CON TACHOS, RASGOS, ENBLANCOS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

MOTIVO DE LA PRESENTACION <input checked="" type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> PROGRAMACION DE CIRUGIA, TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO		3. POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, EL INSURTE NO OBLIGA A LA COMPAÑÍA DE LA MEDICINA O A RECONOCER AL ASESORADO DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA LEY. 4. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VALIDO CON TACHOS, RASGOS, ENBLANCOS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE: ANOTAR EL NOMBRE DEL COLEGIO O DE LA PERSONA QUE CONTRATO LA PÓLIZA		NO DE PÓLIZA: ANOTAR NÚM. PÓLIZA	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO: ANOTAR EL NOMBRE DEL ALUMNO QUE TUVO EL ACCIDENTE		R.F.C. O C.I.P.R.	
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO: ANOTAR EL NOMBRE DEL ALUMNO QUE TUVO EL ACCIDENTE		FECHA DE ALTA:	
FECHA DE NACIMIENTO: 01 / 01 / 2011	SEXO: M	PARENTESCO CON EL TITULAR: HIJO	NACIONALIDAD:
DOMICILIO LOCAL: ANOTAR EL DOMICILIO DEL ALUMNO ACCIDENTADO		NO. EXTERIOR: 000000	NO. INTERIOR: 000000
C.P.: 00000		ESTADO: XXXXXXXXX	COLONIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
C.I.P.: XXXXXXXXX		DELEGACIÓN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	GRUPO CHS PROFESIÓN:
LUGAR DONDE TRABAJA/EMPRESA:		GRUPO DE LA EMPRESA:	
¿HA PRESENTADO GASTOS MENCIONADOS POR ESTE EPISODIO EN OTRO ACCIDENTE EN ESTAL OTRAS COMPAÑÍAS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
COMPANHIA ANOTAR DATOS SI PRESENTA ACCIDENTE EN OTRA CIA			
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO COMPANHIA ANOTAR DATOS SI CUENTA CON OTRO SEGURO			
TIPO DE RESERVA: ANUAL / COMP. EVENTUARIA			
FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: 01 / 01 / 2011			
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE SU RECLAMO O ANOTAR SI CUENTA CON ESTE DATO			
SI ES ACCIDENTE DETALLAR, ¿CÓMO Y DONDE FUE?			
AUTOMÓVIL QUE TUVO COMOCIONAMIENTO DEL ACCIDENTE: ANOTAR SI CUENTA CON ESTE DATO			
COBERTURA: SUMA ASEGURADA			
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO:			
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE:			
DIRECCION:			
MEDICOS QUE HACEN SUISEGUROS EN SU INSTITUCION:			
DOCUMENTOS A ENTREGAR:			
NOTA:			
FIRMA DEL DIRECTOR Y SELLO DEL COLEGIO:			
ASESORADO, PADRE, MADRE O TUTOR:			

FAE

**seguros**  
en buena  
compañía