



# 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"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> PROGRAMACION DE CIRUGIA, TRATAMIENTO <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.	
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 (MÉDICO)		R.F.C. O CURP	
APELLIDO PATRIN, MATERNO Y NOMBRE DEL ASEGURADO (ALUMNO) ANOTAR EL NOMBRE DEL ALUMNO QUE TUVO EL ACCIDENTE			
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO		FECHA DE ALTA	
FECHA DE NACIMIENTO: 01 / 01 / 2011	SEXO: M	PARENTESCO CON EL TITULAR: HIJO	NACIONALIDAD:
ANOTAR EL DOMICILIO DEL ALUMNO ACCIDENTADO		NO. EXTERIOR: 000000	NO. INTERIOR: 000000
C.P.: 00000	ESTADO: XXXXXXXX	DELEGACIÓN: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	COLONIA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
TIPO DE RESIDENCIA: ANUAL / COM. ESTADUENSE		INCLUIR TIPO DE ATENCIONES Y/O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ ANOTAR COMO, CUANDO EN DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, LO MAS AMPLIAMENTE POSIBLE, INCLUYENDO LOS SÍNTOMAS Y AITRACIONES QUE PRESENTÓ	
FECHA EN QUE FUE ATENDIDO POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD: 01 / 01 / 2011		INDIQUE EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE SU RECLAMO EN ANOTAR SI CUENTA CON ESTE DATO	
SI ES ACCIDENTE DETALLAR, ¿CÓMO Y DONDE FUE?			
AUTOMÓVIL QUE TUVO COMOCIONAMIENTO DEL ACCIDENTE (ANOTAR CON QUE AUTOMÓVIL SE FUE)		ANOTAR SI FUE EL CASO	
COBERTURA: SUMA ASEGURADA		CONFIRMAR DEL TERCERO	
HOSPITAL EN QUE FUE ATENDIDO		ESTUVO HOSPITALIZADO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE		ESPECIALIDAD	
DIRECCIÓN		TEL. Y/O CELULAR	
MÉDICOS QUE HACIÓ CONSULTAS EN SU TRATAMIENTO		CASA Y PERSONA	
TEL. Y/O CELULAR		TEL. Y/O CELULAR	
DOCUMENTOS A PRESENTAR			
1. COPIA DE LA ACTUALIZACIÓN DE UN SERVIDOR PÚBLICO O ATENCIÓN PERSONAL DE LA ASISTENCIA MÉDICA DEL ACCIDENTE. 2. INTERFERENCIA DE ESTUDIOS MÉDICOS QUE ORDINE. 3. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO AFECTADO (IFE, PAGAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE EDAD ACTA DE NACIMIENTO O LA RECIBIDA DE GASTOS QUE CONTENGA LOS DATOS PERSONALES QUE DEBE DAR LA ENTIDAD QUE EMITA LA DECLARACIÓN DE GUA, QUIER CONTRACTO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE SU COMOCIONAMIENTO Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO. 4. POR CADA MÉDICO TRATANTE DEBE PRESENTAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO.			
NOTA: AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO FARMACIA, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE O LESIÓN Y/O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES, GUBERNAMENTALES QUE HAYAN TENIDO COMOCIONAMIENTO DE VIACAO PARA QUE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, ADMINISTRATIVA, TODA LA INFORMACIÓN REPERTERIDA, REPERTERIDA PERSONALES, PACTOS, HISTORIA CLÍNICA, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, FICHAS Y/O CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD, LA CUAL DEBE SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO DE LA LATINOAMERICANA, LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE FINALIZADO O CUALQUIER ATENCIÓN, RELEVANCE QUE QUIER RESPONDER A LA DERIVACIÓN DEL SEGURO MEDICINA A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN MEDICINA, ASISTIDA AUTORIZO A LOS COMOCIONADORES DE SEGUROS A LOS QUE PRESENTANTE HE SOLICITADO LA DECLARACIÓN DE GUA, QUIER CONTRACTO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE SU COMOCIONAMIENTO Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO, LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A CUALQUIER OTRA EMPRESA, SECTOR ASEGURADOR O LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU COMOCIONAMIENTO.			
FIRMA DEL DIRECTOR Y SELLO DEL COLEGIO		AFECTADO, PADRE, MADRE O TUTOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR		NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO	
01 / 01 / 2011 ANOTAR NOMBRE CIUDAD		01 / 01 / 2011 ANOTAR NOMBRE CIUDAD	

**seguros**  
en buena  
compañía