

PÓLIZA: 53600-00 **CONSECUTIVO:** 53600 **AGENTE:** 99 **OFICINA:** MATRIZ
AGRUPADOR: 1000 **MONEDA:** M.N. **FORMA PAGO:** ANUAL **DIAS VIGENCIA:** 366
ID CLIENTE: 0000000214 **FORMA ADMINISTRACION:** AUTA12 **MEDIO PAGO:**

DESDE	HRS.	HASTA	HRS.	FECHA DE EMISIÓN	PLAN
30/09/2023	12:00	30/09/2024	12:00	27/09/2023	TU ESTRELLA ACADEMICA - A
NOMBRE DEL CONTRATANTE					
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA					
DOMICILIO DEL CONTRATANTE :				RFC	UAC681018EG1
ESCORZA 900 ZONA CENTRO, CHIHUAHUA, CHIHUAHUA, CP 31000					

DEFINICIÓN DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA

ALUMNOS, PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

GIRO DE LA EMPRESA/ ACTIVIDADES LABORALES PREPONDERANTES: SERVICIOS EDUCATIVOS

NOMBRE COMERCIAL: UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA

TOTAL DE ASEGURADOS: 26669

BENEFICIOS CUBIERTOS
SUMAS ASEGURADAS
DEDUCIBLE

MUERTE POR ACCIDENTE O GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE	50,000.00	0.00
PERDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE ESCALA A	50,000.00	0.00
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	25,000.00	100.00

ESTA PÓLIZA QUEDA SUJETA A LAS CONDICIONES GENERALES Y ENDOSOS ANEXOS:

CONDICIONES ESPECIALES
 EDADES DE ACEPTACION
 ENDOSO DE EXPEDIENTE IDENTIFICACION DE CLIENTES
 ENDOSO DE GASTOS CUBIERTOS
 ENDOSO DE RIESGO CUBIERTO
 FORMA DE IDENTIFICACION ACADEMICA
 THONA ASESORIA FUNERARIA
 THONA ASISTE

PÓLIZA: 53600-00	CONSECUTIVO: 53600	AGENTE: 99	OFICINA: MATRIZ
AGRUPADOR: 1000	MONEDA: M.N.	FORMA PAGO: ANUAL	DIAS VIGENCIA: 366
ID CLIENTE: 0000000214	FORMA ADMINISTRACION: AUTA12	MEDIO PAGO:	

DESDE	HRS.	HASTA	HRS.	FECHA DE EMISIÓN	PLAN
30/09/2023	12:00	30/09/2024	12:00	27/09/2023	TU ESTRELLA ACADEMICA - A

NOMBRE DEL CONTRATANTE

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de Septiembre del 2022, con el número CNSF-S0120-0255-2022/CONDUSEF-005375-03.

Artículo 25 de la Ley Sobre El Contrato de Seguros: Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

Usted puede consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza en las condiciones generales que le serán entregadas con su póliza o bien en la página: www.thonaseguros.mx/conocenuestrosproductos o llamando al (55) 4433 8900

CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfonos: (55) 5340 0999 y (01800) 999 8080 www.condusef.gob.mx/oficinas

Unidad Especializada de Atención a Clientes de Thona Seguros: Avenida Insurgentes Sur 1228, Piso 7 Col. Tlacoquemécatl Del Valle, C.P. 03200, Alcaldía Benito Juárez, CDMX. Teléfono: 55 4433 8900 Email: atencionclientes@thonaseguros.mx Horario: lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas y viernes de 9:00 a 15:00 horas

En testimonio de lo cual THONA SEGUROS, S. A. de C. V. firma el presente documento en la Ciudad de México, D. F., el día 27

_____
FUNCIONARIO AUTORIZADO

PCA 20230323



AVISO DE ACCIDENTE

Es indispensable para la atención médica con pago directo y/o reembolso la presentación de este formato completamente requisitado.

No. Póliza _____ Contratante _____
Fecha del reporte (dd/mm/aaaa) _____ Hora del reporte hora/minutos _____

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
Edad _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Género M F
Nombre del padre o madre (si es menor de edad) _____
Teléfono de contacto _____ Correo electrónico _____
País _____ Nacionalidad _____
Calle y Núm. ext. _____ Núm. int. _____ Colonia _____
Estado _____ Alcaldía o Municipio _____ C.P. _____
CURP _____

DATOS DEL ACOMPAÑANTE EN CASO DE SER MENOR DE EDAD O ESTAR EN ESTADO DE INCONCIENCIA

Nombre _____ Relación con el asegurado _____
Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____ Firma _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha y hora del accidente _____ Lugar _____
Expliqué detalladamente como ocurrió el accidente _____

Describe el tipo de lesión y la zona del cuerpo afectada _____

ADVERTENCIA: El contratante, asegurado y/o beneficiario están obligados a declarar los hechos relacionados con el siniestro, tal como los conozcan o deban conocer. La falsedad en las declaraciones que se efectúen para obtener el pago de un siniestro que de conocerse la verdad no hubiera procedido, puede ser constitutiva de un delito sancionado por las leyes penales.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN/EMPRESA

Nombre completo del responsable _____
Puesto _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____
Firma _____ Sello de la institución _____

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa) _____

Nombre del asegurado afectado

Firma del asegurado afectado

THONA SEGUROS, S.A. de C.V., (THONA) me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los particulares, mismos que he leído y comprendido por lo que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que THONA recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales sean estos financieros, patrimoniales y/o datos personales sensibles; asimismo manifiesto mi conformidad para que THONA pueda allegarse de información mía a través de otras fuentes o personas. Consultar aviso de privacidad en www.thonaseguros.mx. Autorizo a THONA para recabar historia clínica, prescripciones, tratamientos, radiografías de los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, que hayan examinado al asegurado afectado con relación a cualquier lesión que haya sufrido. Autorizo a los médicos que me hayan asistido, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que hayan acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier accidente y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen la información que les sea solicitada por THONA, con relación a la presente reclamación, siendo suficiente copia fotostática de este documento ya que es tan válida como la original. Autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguro para que proporcionen a THONA la información de su conocimiento y que a su vez THONA proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.





**POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
UACH-ESTUDIANTES
Póliza: 53600-00-00**



VIGENCIA: desde 12:00 pm 30/09/2023 hasta 12:00 pm 30/09/2024

Procedimiento a seguir para el PAGO DIRECTO en caso de siniestro de un estudiante.

- 1. Llamar para reportar el accidente ocurrido al Centro de Atención Telefónica THONA (CAT) Lada sin costo 800 400 9911 opera las 24 horas del día, en caso de requerir segunda consulta o estudios adicionales es necesario llamar de nueva cuenta a CAT, proporcionar nombre y número de siniestro para gestionar tramite adicional. ****FAVOR DE REALIZAR REPORTE ANTES DE ACUDIR AL HOSPITAL O MEDICO.**
- 2. Proporcionar el número de póliza 53600-00, nombre completo del estudiante afectado, para que le indiquen número de siniestro, a su vez llenar Aviso de Accidente, con todos los datos solicitados adjuntando identificación escolar y/o identificación oficial, deberá proporcionar toda la información de los hechos ocurridos, el asegurado deberá acudir al hospital con Aviso de Accidentes sellados y firmados por la institución así como el Informe Médico impreso parasu llenado en el hospital.
- 3. El operador telefónico solicitará nombre completo y teléfonos de contacto del asegurado afectado.
- 4. En caso de siniestros en Cd. Chihuahua favor de indicarle al operador telefónico a cual unidad médica acudirá de Christus Muguerza ya sea JUVENTUD o DEL PARQUE considerando el de más fácil acceso según la ubicación del asegurado accidentado, en caso de requerir ambulancia se le enviará.
- 5. En caso de siniestros en otra ciudad de la República Mexicana favor de indicarle al operador telefónico en que ciudad se encuentra para que le sean referidos los hospitales más cercanos a su ubicación. Ubique el hospital de más rápido arribo.
- 6. Se le indicará que debe cubrir el deducible \$100.00 al llegar al hospital. Mismo que deberá liquidar al recibir la atención médica.
- 7. El asegurado afectado recibirá la atención médica garantizándole que el pago lo hace la aseguradora de manera directa por lo que el asegurado no deberá desembolsar el costo.

Nota: las coberturas de la póliza son Muerte Accidental \$50,000.00, Perdidas Orgánicas(A) \$50,000.00, Reembolso por de gastos médicos por accidente \$25,000.00 con un deducible de \$100.00 (Pago directo); amparando a los deportistas mientras se encuentran realizando sus actividades dentro de la universidad o en sus trayectos a la misma.

****Este documento no tiene validez oficial es únicamente informativo**