



Enero, 2012.

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES EN EVENTOS CALENDARIZADOS Y AVALADOS POR LA FEDERACION MEXICANA DE MOTOCICLISMO.

ESTIMADO PILOTO ASEGURADO:

CON LA SEGURIDAD DE QUE AHORA CUENTA CON LA TRANQUILIDAD DE SABER QUE ESTÁ PROTEGIDO CONTRA ACCIDENTES EN EVENTOS AVALADOS DEL CAMPEONATO NACIONAL PARA EL DEPORTE DE MOTOCICLISMO AMATEUR, LE INFORMO EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR A FIN DE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA POR REEMBOLSO, CONSIDERANDO LA SUMA ASEGURADA AMPARADA QUE ES DE \$50,000.00 MN. CON DEDUCIBLE A SU CARGO DE \$2,000.00 MN., (EL DEDUCIBLE ES SU PARTICIPACIÓN DE LOS GASTOS INICIALES POR LA ATENCIÓN MÉDICA); Y MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS CON MONTO ASEGURADO DE \$100,000.00 MN.

ATENCIÓN MÉDICA POR REEMBOLSO: LOS GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE EN EVENTO REGISTRADO Y CALENDARIZADO, SERÁN PAGADOS POR EL PILOTO O SUS FAMILIARES Y DEBERÁN PRESENTAR LOS DOCUMENTOS A TRÁMITE POR REEMBOLSO DIRECTAMENTE CON EL AGENTE O EN LAS OFICINAS ADMINISTRATIVAS REGIONALES SEDES DE MAPFRE CON LA ANALISTA COMERCIAL, PRESENTÁNDOLOS EN ORIGINAL Y COPIA QUE SE FIRMARÁ DE RECIBIDO REQUISITANDO LOS SIGUIENTES FORMATOS: (LA FALTA DE ALGUN FORMATO Y/O REQUISITO EN SU LLENADO, OCASIONARA LA DEVOLUCION DEL TRAMITE HASTA SU REQUISICION TOTAL).

A). FORMATO DE REPORTE DE ACCIDENTE. (SAAE-509)

B).- FORMATO DE RECLAMACION DE REEMBOLSO. (SAAE-503).

C).- FORMATO DE INFORME MÉDICO, (SAGM-597) LLENADO POR COMPLETO POR EL MEDICO TRATANTE QUIEN DEBERA PROPORCIONAR LOS DATOS DE SU CEDULA PROFESIONAL, INCLUYENDO ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DEL PILOTO LESIONADO, DIAGNOSTICO DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO Y HONORARIOS A COBRAR.

FACTURA ORIGINAL DE HOSPITALIZACIÓN (PUEDE SOLICITARSE A NOMBRE DE MAPFRE, DEL PILOTO ASEGURADO O DEL CONTRATANTE FMM) CON **DESGLOSE** DE TODOS Y CADA UNO DE LOS CONCEPTOS COBRADOS. LAS FACTURAS DE ESTUDIOS DEBEN DE ACOMPAÑARSE DE LOS RESULTADOS (EN RADIOGRAFÍAS Y TOMOGRAFÍAS ADJUNTAR PLACAS Y LA INTERPRETACIÓN), ASÍ COMO DE LA REQUISICIÓN O SOLICITUD DEL MÉDICO. EN LOS CASOS DE MATERIALES DE APOYO COMO FÉRULAS, FAJAS, MULETAS, ETC. ANEXAR SOLICITUD O REQUISICIÓN DEL MEDICO Y JUSTIFICACIÓN MÉDICA.

RECIBOS DE HONORARIOS MEDICOS. SERAN SIN DESGLOSE DE ISR (PUEDE SOLICITARSE A NOMBRE DE MAPFRE, DEL PILOTO ASEGURADO O DEL CONTRATANTE), INDICANDO EN CONCEPTO LA DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO COBRADO.

EN CASO DE MÉDICOS EXTERNOS O CONSULTAS FUERA DEL HOSPITAL ANEXAR AL RECIBO EL INFORME MÉDICO DEL CONCEPTO COBRADO, NUMERO DE CONSULTAS Y FECHAS DE LAS MISMAS.

PROPORCIONAR LOS DATOS PERSONALES Y COPIA DE IDENTIFICACIÓN DE PADRE O TUTOR A FAVOR DE QUIEN SE EXPIDIRÁ EL PAGO DEL REEMBOLSO SOLICITADO Y COPIA DE LA LICENCIA DEL PILOTO CON LA HOJA DE REGISTRO A LA COMPETENCIA AVALADA.

DATOS FISCALES DE LA ASEGURADORA EN CASO DE DECIDIR QUE SALGA A SU NOMBRE:
MAPFRE TEPEYAC, S.A. MTE440316E54.
BOULEVARD MAGNOCENTRO NO. 5, COL. CENTRO URBANO (INTERLOMAS).
MUNICIPIO DE SAN FERNANDO HUIXQUILUCAN C.P. 52760 ESTADO DE MÉXICO.