

MTRA. ANA ISABEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ, DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DE QUINTANA ROO, EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES Y FACULTADES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 1, 3, 4 Y 116 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ARTÍCULOS 13 Y 92 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE QUINTANA ROO; ARTÍCULOS 114 FRACCIONES I Y XVII; 115 FRACCIONES I, XXII Y XXIII DE LA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN; ARTÍCULO 26 FRACCIÓN XXIV, 27 FRACCIONES I, XXI Y XXII DE LA LEY DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE QUINTANA ROO; ARTÍCULOS 1, 2, 3, 4, 6, 7, ARTÍCULOS 19 FRACCIÓN X, 21, 23, 27, 30 Y 40 FRACCIONES, V, X Y XXXIII Y XL DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO; ARTÍCULOS 1, 2, 7, FRACCIONES I, II Y XVI, 18 Y 20 FRACCIÓN III DEL DECRETO EN LOS QUE SE CREA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS Y CULTURALES, ACTUALMENTE SERVICIOS EDUCATIVOS DE QUINTANA ROO Y 1, 2, 7 FRACCIONES III, VIII Y XII, 29 Y 30 FRACCIÓN III Y XII DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DE QUINTANA ROO VIGENTE;

CONSIDERANDO

Que el compromiso de los Servicios Educativos de Quintana Roo con los alumnos de educación básica, tiene como objetivo brindar cobertura a los alumnos de escuelas públicas de Educación Básica, en caso de sufrir algún accidente dentro de las escuelas o durante el trayecto **casa – escuela – casa**, para salvaguardar la integridad de los educandos, es por ello que es importante la contratación de un seguro denominado **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR** para garantizar que los alumnos y alumnas de escuelas públicas de nivel básico, Preescolar (INCLUYE FORMAL, INDIGENA Y CENTROS DE ATENCIÓN MÚLTIPLE PREESCOLAR), Primaria (INCLUYE FORMAL, INDIGENA Y CENTROS DE ATENCIÓN MÚLTIPLE PRIMARIA), Secundaria (INCLUYE SECUNDARIAS GENERALES, TÉCNICAS, TELESECUNDARIAS Y CENTROS DE ATENCIÓN MÚLTIPLE DE SECUNDARIAS), Centros de Atención Múltiple Inicial y Laboral y Centros de Desarrollo Infantil (CENDIS SEQ), garantizándoles el acceso a una atención médica oportuna, eficaz, con trato digno y calidez humana. Que es relevante la emisión del presente instrumento para definir los criterios para operar el apoyo en beneficio de los estudiantes. Que de conformidad al artículo 86 del Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Quintana Roo, para el ejercicio fiscal 2021 establece lo siguiente: "Las Dependencias o Entidades del Poder Ejecutivo en el ámbito de sus atribuciones podrán emitir durante el Ejercicio Fiscal, disposiciones sobre la operación, evaluación y ejercicio del gasto relacionado con el otorgamiento y aplicación de las transferencias, subsidios o apoyos públicos a que se refiere el artículo anterior. Las Dependencias o Entidades del Poder Ejecutivo deberán elaborar, aprobar, publicar y poner a disposición de los posibles beneficiarios, las Reglas de Operación de los programas (ROP), que brinden subsidios o apoyos públicos, a más tardar el día 31 de marzo de 2021. En su elaboración, las Reglas de Operación deberán atender lo establecido por el Artículo 13 fracción VII de la Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios".

Y que, en cumplimiento de lo anterior, se tiene a bien otorgar el:

Apoyo de **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR**

1.1. Entidad responsable

Servicios Educativos de Quintana Roo

1.2. Unidades Administrativas involucradas en la operación del programa social

La Coordinación General de Educación Básica, Dirección de Programas de Apoyo a Programas Federales, Departamento de Convivencia Escolar, ubicadas todas en avenida Insurgentes número 600 esquina avenida Javier Rojo Gómez de la colonia David Gustavo Gutiérrez de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo.

El Apoyo de **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR** es único en su tipo y no existe duplicidad con algún otro programa social en el Estado de Quintana Roo.

2. ALINEACIÓN PROGRAMÁTICA

2.1 Alineación con el Programa de Gobierno del Estado de Quintana Roo 2016-2022.

El Apoyo de **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR** contribuye al desarrollo y salvaguarda de los derechos a la educación y salud estipulado por el Programa del Gobierno del Estado de Quintana Roo 2016-2022, mediante unos servicios de aseguramiento que permite que las y los niños tengan seguridad en la continuidad de sus estudios derivado de algún tipo de accidente, garantizándoles el acceso a una atención médica oportuna, eficaz, con trato digno, y calidez humana.

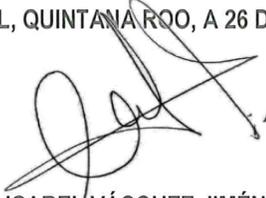
2.2. Alineación con derechos sociales universales y principios de la política social

El Apoyo de **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR** contribuye en el cumplimiento de los derechos sociales universales de salud y educación establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

“ACUERDO POR EL CUAL SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN PARA EL APOYO DE SEGURO DE ACCIDENTE PERSONALES ESCOLAR.”

ÚNICO. - Se emiten las “ACUERDO POR EL CUAL SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN PARA EL APOYO DE SEGURO DE ACCIDENTE PERSONALES ESCOLAR.”

EN LA CIUDAD DE CHETUMAL, QUINTANA ROO, A 26 DE MARZO DE 2021.-



MTRA. ANA ISABEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ
DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS DE QUINTANA ROO

“REGLAS DE OPERACIÓN PARA EL APOYO DE SEGURO DE ACCIDENTE PERSONALES ESCOLAR.”

GLOSARIO

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
 - 2.1. General
 - 2.2. Específicos
3. LINEAMIENTOS
 - 3.1 Cobertura
 - 3.2 Población Objetivo
 - 3.3. Beneficiarios/as
 - 3.3.1. Requisitos
 - 3.3.2. Universo de Atención
 - 3.4. Características de los apoyos (tipo y monto)
 - 3.4.1. Rembolso o Pago Directo a la Clínica-Hospital
 - 3.4.1.1. Reembolso
 - 3.4.1.2. Aplicación para el reembolso
 - 3.5. Exclusiones
 - 3.6. Participantes
 - 3.6.1. Instancia (s) ejecutora(s)
 - 3.6.2. Instancia (s) normativa (s)
 - 3.7. Coordinación Institucional
 4. OPERACIÓN
 - 4.1. Proceso
 5. DERECHOS Y OBLIGACIONES
 - 5.1. Derechos
 - 5.2. Obligaciones
 6. AUDITORIA, CONTROL Y SEGUIMIENTO
 7. EVALUACIÓN
 - 7.1 Interna
 8. TRANSPARENCIA
 - 8.1 Difusión
 9. QUEJAS Y DENUNCIAS

Glosario

Apoyo económico: Monto económico que los Servicios Educativos de Quintana Roo destinan a la contratación del seguro particular denominado **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR** para todas las escuelas públicas de Educación Básica.

Cobertura: Apoyo a niñas y niños, en caso de accidentes trayecto casa-escuela-casa, en la estancia de su jornada escolar y en actividades fuera del centro educativo, en días y horas hábiles e inhábiles siempre y cuando estas actividades hayan sido autorizadas por las autoridades educativas locales, de las escuelas públicas de educación Básica.

Comunidad: Comunidad escolar de nivel básico de las escuelas públicas del Estado de Quintana Roo.

Figuras educativas: La Coordinación General de Educación Básica, Dirección de Programas de Apoyo a Programas Federales, Departamento de Convivencia Escolar

Igualdad de género: Atención a niños y niñas en edad escolarizada del nivel de educación básica de las escuelas públicas del Estado de Quintana Roo.

LFTAIP: Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

LGPDPSSO: Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

LGTAIP: Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Localidad: Escuelas públicas de Educación Básica ubicadas dentro del territorio del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo.

PED: Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Quintana Roo 2016 – 2022.

SEQ: Servicios Educativos de Quintana Roo.

1. INTRODUCCIÓN

El compromiso de la Secretaría de Educación con los alumnos de educación básica, con el objetivo de brindar cobertura a los alumnos de escuelas públicas de Educación Básica en el Estado de Quintana Roo, en caso de sufrir algún accidente que comprenda el trayecto **casa – escuela – casa**, así como su estancia en el plantel y/o fuera de él por alguna actividad autorizada por las autoridades escolares (DIRECCION DE AREA, JEFES DE SECTOR, SUPERVISION ESCOLAR), realizo la contratación de un seguro denominado **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR**, su principal objetivo el garantizar que los alumnos y alumnas de escuelas públicas de nivel básico, Preescolar (**INCLUYE FORMAL, INDIGENA Y CENTROS DE ATENCIÓN MULTIPLE PREESCOLAR**), Primaria (**INCLUYE FORMAL, INDIGENA Y CENTROS DE ATENCIÓN MULTIPLE PRIMARIA**), Secundaria (**INCLUYE SECUNDARIAS GENERALES, TECNICAS, TELESECUNDARIAS Y CENTROS DE ATENCIÓN MULTIPLE DE SECUNDARIAS**), Centros de Atención Múltiple Inicial y Laboral y Centros de Desarrollo Infantil (**CENDIS SEQ**), garantizándoles el acceso a una atención médica oportuna, eficaz, con trato digno, y calidez humana.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Que las y los niños de las escuelas públicas de Educación Básica tengan seguridad en la continuidad de sus estudios derivado de algún tipo de accidente, garantizándoles el acceso a una atención médica oportuna, eficaz, con trato digno, y calidez humana.

2.2. Específicos

- Certeza que el proveedor de servicios de seguro, contrate instituciones de salud privada (clínica y/o hospitales) en las diferentes cabeceras municipales para atender a los niñas y niños de educación básica de las escuelas públicas del Estado de Quintana Roo en caso de accidentes, eficientando su servicio por el cual fuera contratado, para lo cual contribuirá a un respaldo económico ante algún accidente escolar que pueda sufrir un estudiante, protegiendo así a las alumnas y alumnos en el trayecto de casa-escuela-casa.

3. LINEAMIENTOS

3.1. Cobertura

De acuerdo al Ejercicio fiscal 2021 se atenderá a todas las escuelas públicas de Educación Básica en el Estado de Quintana Roo.

3.2. Población objetivo

Niñas, niños inscritos en las escuelas públicas de Educación Básica del Estado de Quintana Roo.

3.3. Beneficiarios /as

Toda la comunidad escolar (niños-niñas) que se encuentran inscritos actualmente en las escuelas públicas todos los niveles de Educación Básica del Estado de Quintana Roo.

3.3.1. Requisitos

Estar inscritos en cualquier nivel de Educación Básica de las escuelas públicas en el territorio del Estado de Quintana Roo.

3.3.2. Universo de atención

Todos los alumnos inscritos en las escuelas públicas pertenecientes al Estado de Quintana Roo.

3.4. Características de los apoyos (tipo y monto)

Los Servicios Educativos de Quintana Roo a través del proveedor de servicios de seguro de acuerdo a la disponibilidad financiera se ejercerán los siguientes montos que a continuación se describen:

COSTOS DE COBERTURA

DESCRIPCION	IMPORTE
COBERTURA MAYORES DE 12 AÑOS	
MUERTE ACCIDENTAL	\$75,000.00
PERDIDAS ORGANICAS EN LA ESCALA DE INDEMNIZACION "B"	\$75,000.00
PAGO DIRECTO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	\$25,000.00
DEDUCIBLE	\$200.00 (INCLUYE IVA)
COBERTURA MENORES DE 12 AÑOS	
REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS	\$75,000.00

PERDIDAS ORGANICAS EN LA ESCALA DE INDEMNIZACION "B"	\$75,000.00
PAGO DIRECTO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	\$25,000.00
DEDUCIBLE	\$200.00 (INCLUYE IVA)

ESCALA INDEMNIZACIÓN "B".- Si durante la vigencia de la póliza como consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la misma y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera al asegurado cualquiera de las pérdidas enseguida enumeradas, la aseguradora pagará al beneficiario los siguientes porcentajes de la suma asegurada de acuerdo a la escala de indemnización contratada y establecida en la póliza, certificado individual o consentimiento-certificado individual.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

INDEMNIZACION POR LA PERDIDA DE:

AMBOS MANOS O AMBOS PIES O LA VISTA DE AMBOS OJOS	100%
UNA MANO Y UN PIE	100%
UNA MANO O UN PIE Y LA VISTA DE UN OJO	100%
UNA MANO O UN PIE	50%
LA VISTA DE UN OJO	30%
EL PULGAR DE CUALQUIE MANO	15%
EL INDICE DE CUALQUIER MANO	10%
AMPUTACION PARCIAL DE UN PIE, COMPRENDIDO TODOS LOS DEDOS	30%
TRES DEDOS, COMPRENDIDOS EL PULGAR Y EL INDICE DE UNA MANO	30%
SORDERA COMPLETA DE LOS OIDOS	25%
TRES DEDOS QUE NO SEAN EL PULGAR O EL INDICE DE CUALQUIER MANO	25%
EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL INDICE DE CUALQUIER MANO	25%
EL INDICE Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL PULGAR DE CUALQUIER MANO	20%
ACORTAMIENTO DE UN MIEMBRO INFERIOR, POR LO MENOS 5 CENTIMETROS	15%
EL DEDO MEDIO, ANULA O MEÑIQUE	5%

3.4.1. Reembolso o Pago Directo a la Clínica-Hospital de gastos por accidente.

3.4.1.1. Reembolso o Pago Directo a la Clínica-Hospital

Esta se dará cuando el asegurado sea atendido por una institución privada de salud diferente a las que tuvieran convenio con el proveedor de servicios de seguro, el un monto máximo a reembolsar será hasta por \$25,000.00 (VEINTICINCO MIL PESOS 00/100 M.N), por cada evento que suceda.

3.4.1.2. Aplicación para el reembolso o Pago Directo a la Clínica-Hospital.

- CARTA DE LA ESCUELA, sellada y firmada por el representante de la escuela, en donde acredite que es alumno regular de la escuela y que el accidente ocurrió dentro de las instalaciones de la escuela, o en los trayectos de ida y vuelta a la escuela o en actividades organizadas por el colegio en los horarios correspondientes. (Anexo 1)
- Formato AVISO DE ACCIDENTE debidamente llenado y firmado por el tutor del alumno.(Anexo 3)
- INFORME MÉDICO (requisitado y firmado por el médico tratante indicando el diagnóstico definitivo y plan de tratamiento otorgado) (Anexo 4)
- ESTUDIOS REALIZADOS (copia de los estudios que avalen el Diagnóstico)
- RECETAS MÉDICAS (copia).

- FACTURAS A NOMBRE DEL TUTOR.
- Copia de identificación oficial del tutor (INE, licencia, etc.)
- Formato para pago por transferencia y estado de cuenta donde aparezca la clave bancaria (Anexo 2)

3.5. Exclusiones

La cobertura no cubre el Reembolso o Pago Directo a la Clínica-Hospital de Gastos Médicos por Accidente que sean consecuencia de:

a) Pagos o donativos que se hayan efectuado a hospitales, sanatorios de beneficencia, establecimientos de caridad, asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración. b) Tratamiento médico o quirúrgico recibido fuera de la República Mexicana, salvo pacto expreso en contrario. c) Gastos médicos o quirúrgicos cuando éstos no sean necesarios o no sean consecuencia de la atención de un accidente cubierto. d) Tratamientos experimentales o de investigación. e) Tratamientos basados en medicina alternativa y complementaria, con beneficio incierto o con fines preventivos. f) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura. g) Gastos por productos cosmetológicos. h) Curas de reposo, Check Ups, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo que no estén directamente relacionados con el accidente que dio lugar a la reclamación. i) Hernias o eventraciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia, y el siniestro sea procedente de conformidad con las condiciones generales de la Póliza. j) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el traslado del Asegurado al Hospital o durante su estancia en éste, así como gastos administrativos derivados por estas causas. k) Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos o hermanos). l) Reposición o reparación, de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de la Póliza o durante la vigencia de la misma, excepto que sean a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia, y el siniestro sea procedente de conformidad con las condiciones generales de la Póliza. m) Anteojos, lentes de contacto externos o internos. n) Prótesis auditiva y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición. o) La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos, aunque sean médicamente necesarios o se encuentren prescritas por el médico tratante. p) Vendas elásticas y/o medias compresivas, aunque sean médicamente necesarias o se encuentren prescritas por el médico tratante. q) Bidas o adherencias con antecedente de procedimientos quirúrgicos abdominales previos a la contratación de la Póliza. r) Cirugía estética. s) Cualquier cirugía que no esté directamente relacionada con el accidente que dio lugar a la reclamación. t) Tratamientos de enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas. u) Lesiones por enfermedades, enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico, de lo expresamente excluido en este contrato.

Exclusiones Generales

Este apoyo no cubre siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas:

a) Por participar directamente en o derivado de: terrorismo, actos de guerra (sea ésta declarada o no), servicio militar y/o naval, invasión, conmoción civil, sublevación (sedición o motín), rebelión, insurrección o revolución, marchas, huelgas, manifestaciones, mítines, vandalismo, levantamientos o movimientos populares, atentados o delitos contra la seguridad interior del estado, o cualquier acto con naturaleza similar. b) Participación directa del Asegurado en actos delictivos. c) Peleas o riñas; salvo en aquellos casos donde las lesiones fueron producidas por asalto o intento de éste en contra del asegurado, siempre y cuando sean denunciadas ante el Ministerio Público. d) Suicidio, intento de suicidio, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado. e) Lesiones o mutilaciones auto-infligidas si son ocasionadas por si solo o en acuerdo con otra persona. f) Accidentes ocasionados por el Asegurado cuando este se encuentre bajo el efecto del alcohol y/o drogas no prescritas por un Médico. g) Aborto o partos. h) Lesiones provocadas por energía nuclear o sustancias radioactivas cualquiera que sea su causa u origen. i) Infecciones, excepto las que acontezcan como resultado de una lesión accidental. j) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, a menos que se demuestre que fue consecuencia de un accidente. k) Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue consecuencia de un accidente. l) Cualquier forma de navegación submarina.

Así mismo, para todas las coberturas, no se cubrirán siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas:

a) Siniestros ocurridos en periodos vacacionales, días de descanso, días festivos o cursos de verano. b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo. c) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante. d) Práctica profesional de cualquier deporte. e) Práctica de paracaidismo, buceo, vela, hockey, charrería, equitación, alpinismo, tauromaquia, vuelo delta, parapente, box, artes marciales, lucha libre y grecorromana, rafting, rappel, jetsky u otras actividades deportivas igualmente peligrosas. f) Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un transporte aéreo regular, debidamente autorizado para la transportación de pasajeros, que esté sujeto a itinerarios, frecuencias de vuelos y horarios g) Asegurados que viajen como piloto o parte de la tripulación o mecánico en vuelo de una línea aérea. h) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

3.6. Participantes

3.6.1. Instancia(s) ejecutora(s)

El proveedor de servicios de seguro a través de sus prestadores de servicios contratados y/o que tengan colaboración, de las clínicas y/o hospitales privados en el Estado de Quintana Roo, brindaran atención médica inmediata cuando un alumno o alumna inscrita en una escuela pública de Educación Básica sufra un accidente, primero brindándole atención donde se valorara el tipo de lesión presentada, si requiere ingreso o no a la clínica-hospital a través de un reporte, indicará tipo lesión y tratamiento a seguir, continuidad en el proceso de recuperación y posteriormente emitir el alta del asegurado

3.6.2. Instancia(s) normativas(s)

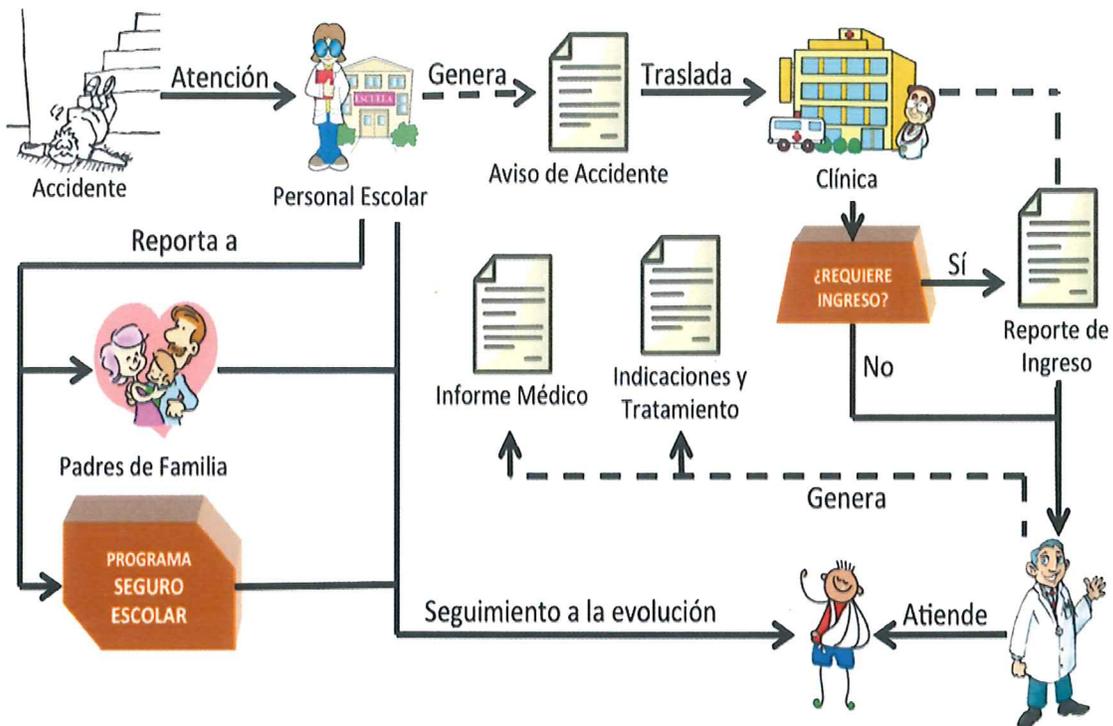
Los Servicios Educativos de Quintana Roo, es la instancia normativa del Programa, así como la responsable de interpretar las Reglas de Operación y resolver las dudas y aspectos no contemplados en las mismas conforme a la normatividad aplicable.

3.7. Coordinación institucional

La SEQ podrá establecer acciones de colaboración mediante la Coordinación General de Educación Básica, Dirección de Programas de Apoyo a Programas Federales, Departamento de Convivencia Escolar para poder evaluar y el apoyo.

4. OPERACIÓN

4.1. Proceso



*Brinda cobertura a los alumnos y alumnas de Educación Básica en el Estado en caso de sufrir algún accidente en el "trayecto casa – escuela – casa" los días que establece el calendario escolar.

*Mayor información acudir al director del plantel o al tel. 83-50770 ext. 4508

5. DERECHOS Y OBLIGACIONES

5.1. DERECHOS

Los alumnos de escuelas públicas de Educación Básica tendrán derecho a ser atendidos de forma eficaz, pronta, oportuna, respeto, trato digno y calidez humana, salvaguardando su integridad en caso de presentar alguna lesión motivo de un accidente en la escuela, trayecto casa-escuela-casa y fuera de la escuela por alguna actividad establecida y permitida por la Autoridad Educativa (DIRECCION DE AREA, JEFE DE SECTOR Y SUPERVISION ESCOLAR) por parte de el proveedor de servicios de seguro a todos los niños y niñas inscritos en escuelas públicas del Estado de Quintana Roo en el nivel Básico.

5.2 OBLIGACIONES

El o los asegurados (NIÑOS Y NIÑAS INSCRITAS EN EL CICLO ESCOLAR CORRESPONDIENTE DE ESCUELAS PUBLICAS DE EDUCACION BÁSICA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO) deberán presentar y pagar en una sola exhibición para la atención en las clínicas-hospitales privados que brinden sus servicios al proveedor de servicios de seguro la siguiente documentación:

- Carta expedida por la escuela donde se encuentra inscrito, debidamente firmado por el director de la Escuela y sello de la misma, donde se detalle en forma general el origen de la lesión y parte del cuerpo donde la presentó.
- Los padres y/o tutor y/o representante legal deberá hacer un pago único de \$200.00 (DOSCIENTOS PESOS 00/100 M.N, INLCUYE IVA) en la recepción de la clínica-hospital privado donde estén solicitando el servicio médico.

6. AUDITORÍA CONTROL Y SEGUIMIENTO

Los recursos presupuestarios del apoyo mantienen su naturaleza jurídica de recursos públicos estatales para efectos de su fiscalización y transparencia, por lo tanto, podrán ser objeto de revisión por la instancia fiscalizadora correspondiente que se determine; por el Órgano Interno de Control en la SEQ; por la Auditoría Superior del Estado de Quintana Roo y demás instancias que en el ámbito de sus respectivas atribuciones resulten competentes.

Como resultado de las acciones de auditoría que se lleven a cabo, la instancia de control que las realice mantendrá un seguimiento interno que permita emitir informes de las revisiones efectuadas, dando principal importancia a la atención en tiempo y forma de las anomalías detectadas hasta su total solución.

7. EVALUACIÓN

7.1. Interna

La Coordinación General de Educación Básica a través de la Dirección de Programas de Apoyo a Programas Federales, Departamento de Convivencia Escolar, podrá realizar un procedimiento de evaluación interna con la recepción de sugerencias, quejas e inconformidades de los asegurados y/o familiares y/o representantes legales, el fin de monitorear el desempeño de **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR**, así como los indicadores relacionados con sus objetivos específicos, de acuerdo con lo que establece la Metodología de Marco Lógico. Dichos procedimientos se operarán considerando la disponibilidad de los recursos humanos y presupuestarios de las instancias que intervienen.

Además, según lo establecido en el contrato de manera puntual y mensual el proveedor de servicios de seguro enviará un informe detallado de reporte de siniestralidad los días 11 de cada mes, información que ayudará a la evaluación interna que se realizará.

8. TRANSPARENCIA

8.1. Difusión

Para garantizar la transparencia en el ejercicio de los recursos, se dará amplia difusión al **APOYO DE SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLAR**, y se promoverán acciones similares en la página oficial de los SERVICIOS EDUCATIVOS DE QUINTANA ROO y a través de capacitaciones realizadas en todas las escuelas de nivel básico del Estado de Quintana Roo, donde deberán incluir y/o anunciar la siguiente leyenda: "Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 91 fracción XV de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, los Servicios Educativos de Quintana Roo tendrá la obligación de publicar y mantener actualizada la información relativa al programa.

9. QUEJAS Y DENUNCIAS

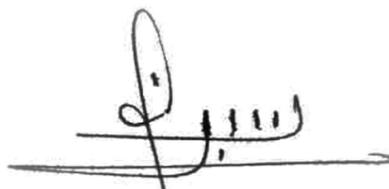
Las quejas y denuncias del asegurado a través de su representante legal se captarán mediante escrito libre, vía personal, escrita, telefónica o por internet, en las oficinas de la Coordinación General de Educación Básica con atención de la Dirección de Apoyo a Programas Federales y seguimiento del Departamento de Convivencia Escolar y ante el Órgano Interno de Control de conformidad al artículo 23 Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría y artículo 5 párrafo segundo del Reglamento Interior de esta Dependencia.

Al correo electrónico:

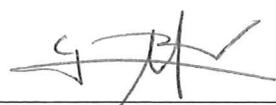
Al número telefónico: 983 83 50770 Ext. 4509 y 4510. En un horario de 8:00 am a 4:00 pm, de lunes a viernes, donde un servidor público le atenderá y asesorará, en las oficinas ubicadas en avenida Insurgentes numero 600 esquina avenida Javier Rojo Gómez colonia David Gustavo Gutiérrez de esta la ciudad de Chetumal, Quintana Roo.



DRA. LUZ MARIA ABUXAPQUI GONZALEZ
COORDINADORA GENERAL
DE EDUCACIÓN BÁSICA



DR. MIGUEL ARROYO MARTÍNEZ
COORDINADOR GENERAL
DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS



DRA. INGRID CITLÁLLI SUÁREZ McLIBERTY
DIRECTORA DE PROGRAMAS DE APOYO
A LA EDUCACIÓN BÁSICA

ANEXOS
ANEXO 1



**CARTA EXPEDIDA POR LA DIRECCIÓN
ESCOLAR**

(ELABORAR COMPLETO / LETRA DE MOLDE)

I. DATOS DEL ALUMNO AFECTADO

Nombre del Alumno Afectado:		Fecha de Nacimiento:
Matrícula:	Preescolar / Primaria / Secundaria:	Turno:
Nombre y CCT de la Escuela:		Localidad / Municipio:

* Pagar al hospital el deducible por evento de: \$200.00 MN (IVA Incluido).

II. DETALLES DEL ACCIDENTE

Fecha de Accidente:	
Hora Aproximada en la que ocurrió el Accidente:	
¿En dónde ocurrió el Accidente?:	
Escuela	() En el salón de Clases:
	() Al realizar una actividad, ¿Cuál?:
	() Recreo:
	() Otra, ¿Cuál?:
Trayecto	() De la casa a la Escuela:
	() De la Escuela a la casa:
Causas y breve descripción del Accidente:	

Lo anterior, con la finalidad de que se puede dar la atención y servicios necesarios ya que es beneficiario del SEGURO ESCOLAR.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR ESCOLAR

Servicios Educativos de Quintana Roo
Av. Insurgentes No. 600, Col. Gonzalo Guerrero. C.P. 77020. Chetumal, Quintana Roo, México.
Tel. (983) 835 0770
www.seyc.gob.mx

Sello de la Escuela

Formato único de Información Bancaria para

pago vía Transferencia Electrónica

Nombre del Contratante: _____

Número de Póliza: _____

Fecha de Reclamación: _____

Alta de cuenta (Registrar la información de la sección I y II)																							
I. Información General																							
Nombre o Razón Social del Titular de la Cuenta Bancaria o del Asegurado (Se debe escribir conforme aparece en el estado de cuenta bancario)																							
Domicilio Fiscal del Titular de la Cuenta Bancaria o del Asegurado																							
Calle:				Colonia:																			
No. Ext.	No. Int.	Municipio o Delegación		Ciudad o Población																			
Entidad federativa:			C.P.:	Teléfono: Casa/oficina	Ext.																		
R.F.C.: (letras, año, mes, día, homoclave)			C.U.R.P (18 caracteres)																				
Correo electrónico:				Celular:																			
II. Alta de cuentas bancarias																							
Seleccione una o las dos siguientes opciones de pago y registre la información solicitada.																							
A	<input type="checkbox"/>	Cuenta de Cheques	Realizar los pagos a una cuenta de Cheques.																				
B	<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Débito	Realizar los pagos a una cuenta de Tarjeta de Débito.																				
Datos de la cuenta bancaria Esta información es únicamente para efectos del trámite solicitado (confidencial)																							
CLABE																							
Para ambas opciones favor de proporcionar su cuenta CLABE de 18 dígitos tal y como aparece en el estado de cuenta proporcionado por su banco.			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>																				
Nombre del Banco			No. de Sucursal		No. de Plaza																		
Favor de anexar copia de identificación Oficial.																							

Por el conducto indicado anteriormente solicito y autorizo a aseguradora. para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuarse el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda de esta y futuras reclamaciones de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y en consecuencia otorgo a favor de la aseguradora el más amplio finiquito que en derecho proceda, sin reservarme derecho o acción alguna que ejercitar en su contra, es decir de la aseguradora desistiéndome en su caso, de las reclamaciones ya intentadas o iniciadas en relación con la(s) presentada(s) y en particular por este concepto.

Nota: esta información será utilizada para todos los movimientos solicitados, en caso de cancelación o cambio deberá de enviarnos un nuevo formato con la actualización de sus datos.

Aviso de Privacidad: En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros recabados, que se recaben o generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración, análisis, ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que Usted acepta la transferencia que pudiera realizarse a Terceros Nacionales o Extranjeros. Para mantener el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada. El presente aviso, así como sus modificaciones estarán a su disposición en la página o a través de comunicados colocados en nuestras sucursales o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con Usted.

Nombre y Firma del Titular de la cuenta bancaria o Asegurado _____

ANEXO 3
 FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE

Instrucciones:

- 1.- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde.
- 2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa.
- 3.- Por el hecho de proporcionar este formulario, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
- 4.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Motivo de la reclamación

Tipo de reclamación

Reembolso Programación de cirugía-tratamiento Accidente Embarazo Enfermedad

Pago directo <input type="checkbox"/>			
Nombre o razón social del contratante		No. de póliza	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:		R.F.C. o CURP	
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado afectado		R.F.C. o CURP	
No. de certificado del afectado _____	Fecha de alta	Día / Mes / Año _____ / _____ / _____	
Nacionalidad _____	Fecha de nacimiento	Día / Mes / Año _____ / _____ / _____	
Sexo _____	Parentesco con el titular _____	Correo electrónico _____	Teléfono de contacto Clave lada () _____
Domicilio /calle _____		No. exterior _____	No. interior _____
Colonia _____	C.P. _____	Estado _____	Delegación _____
Lugar donde trabaja/empresa _____		Ocupación o profesión _____	
Giro de la empresa _____			
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? ____ Si ____ No			
Si su respuesta fue afirmativa indique No. de siniestro _____			
Compañía _____		Fecha de alta	
		Día / Mes / Año _____ / _____ / _____	
¿Actualmente tiene otro seguro? ____ Si ____ No			
Compañía _____			
Tipo de reclamación __ inicial __ complementaria			
Indique tipo de alteraciones y/o síntomas que presentó _____			

Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas de la enfermedad

Día Mes Año
____ / ____ / ____

Fecha en que visitó por primera vez al médico por esta enfermedad

Día Mes Año
____ / ____ / ____

Indique el diagnóstico motivo de su reclamación _____

Si es accidente detallase, ¿Cómo y dónde fue?

Autoridad que tomó conocimiento del accidente (anexar copias del ministerio público) _____

En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil? ____ Si ____ No

Nombre de la compañía _____

Cobertura _____ Suma asegurada _____ No. de póliza _____

Compañía del tercero _____ Hospital en que fue atendido _____

Estuvo hospitalizado Si _____ No _____ ~~Días de estancia~~

¿Que estudios se le realizaron para el diagnóstico y/o tratamiento? _____

Nombre del médico tratante _____ Especialidad _____

Dirección _____ Tel. y/o e-mail _____

¿Médicos que ha consultado en los últimos dos años? _____

Causa _____ Fecha Día Mes Año
____ / ____ / ____

_____ Tel. y/o e-mail _____

Documentos a presentar:

- 1.- Copia de la actuación del ministerio público (en caso de accidente).
- 2.- Copia del expediente médico de la institución en donde se atendió.
- 3.- Interpretación de estudios radiológicos de gabinete.
- 4.- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE o INE, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento).
- 5.- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez, copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc.)
- 6.- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, releva de toda responsabilidad a la institución.

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión, a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a la aseguradora, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que la aseguradora lo considere oportuno para la correcta evaluación de mi reclamación, inclusive después de mi fallecimiento, con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida. Asimismo autorizo a las compañías de Seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a la aseguradora la información de su conocimiento y que a su vez la aseguradora 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.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la aseguradora, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, autorizo a la aseguradora a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a la aseguradora y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nota importante:

El servicio que el hospital le proporcione conformará una relación contractual entre el hospital, el médico que lo atendió y usted. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que usted los eligió libremente, la aseguradora no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de ésta relación.

Fecha Lugar
 Día Mes Año

ASEGURADO

MÉDICO

TUTOR(A)

ANEXO 4. INFORME MÉDICO

Programación de cirugía Tratamiento médico Reembolso

Muy importante

Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, La Aseguradora no queda obligada a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

Instrucciones:

- 1.- Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde.
- 2.- Le suplicamos no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no se acepta con tachaduras, ni enmendaduras, de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.
- 4.- Se le informa al médico que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la compañía con el asegurado.

Ficha de identificación

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento			Sexo	
		Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
Causa de atención				Referido por otro médico o unidad		
<input type="checkbox"/> Prevención	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accidente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____

Historia Clínica

Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____
Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)
G ___ / P ___ / A ___ / C ___ / Especificar si recibió tratamiento para infertilidad	
Tiempo de evolución _____	Tiempo de evolución _____

Padecimiento actual

Principales signos y síntomas			
			Fecha de inicio
			Día Mes Año
Código CIE-10	Descripción del diagnóstico		Fecha de diagnóstico
		Día Mes Año	
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico			

Historia clínica			
Tipo de padecimiento <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido		Descripción del tratamiento <div style="text-align: right;">Fecha de inicio</div> <div style="text-align: right;"> Día Mes Año </div>	
¿Hubo complicaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Describa complicaciones	
Observaciones			
Resultado de exploración física y de los estudios realizados. Anexar interpretaciones que confirman el diagnóstico			
Nombre del hospital		Tipo de estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / Ambulatoria	
		Fecha de ingreso Fecha de egreso Día Mes Año Día Mes Año	

Datos del médico tratante			
Nombre del médico			
Especialidad	Cédula profesional	Cédula especialidad o certificación	Médico de red <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Presupuesto			
Domicilio: Teléfono(s): Nombre de ayudante: Nombre de anestesiólogo:			

NOTA: Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a la compañía, todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, y asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, La Aseguradora, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos personales en Posesión de los Particulares, autorizo a La Aseguradora, a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a La Aseguradora y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nota importante para el Asegurado titular y Afectado:

El servicio que el hospital proporcione conformará una relación contractual entre el hospital, el médico que lo atendió y Usted. Por consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que usted los eligió libremente. La Aseguradora no tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de ésta relación.

Nota Importante para el Médico: Se le informa al médico que el presente informe y su contenido carecerán de valor en los términos del Aviso de Privacidad sin la firma del asegurado afectado y en caso de minoría de edad se requerirá de firma del asegurado titular. Por lo anterior solicitamos su amable cooperación para recabar la firma correspondiente.

Lugar y fecha

Firma del médico tratante

Nombre y firma del
paciente