

## Póliza Colectiva de Accidentes Personales

Se entiende por Accidente, los hechos que le ocurran al Asegurado, ajenos a su voluntad o intención, por causas externas, violentas, fortuitas, las cuales no pudo razonablemente prever, que les hayan provocado lesiones en el organismo, que no puedan atribuirse en forma alguna a condiciones patológicas.

### Vigencia de la Póliza

La póliza tiene una duración de 365 días, es decir un (1) año. Inicia el 15 de septiembre del 2018 y culmina el 15 de septiembre del 2019

### Personas Asegurables

Son elegibles para este seguro todos los niños y niñas pertenecientes al Colegio San Ignacio.

### Cobertura de la Póliza

Cobertura	Suma Asegurada
Muerte Escolar	BsS. 1.000,00
Invalidez Permanente Escolar	BsS. 1.000,00
Gastos Médicos	BsS. 750,00
Gastos Por Fallecimiento	BsS. 375,00
Responsabilidad Civil Legal	BsS. 50,00
Poliomelitis y Tuberculosis	BsS. 50,00
Gastos Médicos Extraordinarios	BsS 50,00
Protección Académica	BsS 30,00
Nivelación Académica por Incapacidad	BsS 3,00
Reembolso Mensualidad por Incapacidad	BsS 30,00

**Invalidez Permanente: (S.A. 1.000,00 )** Si a consecuencia de un accidente o una Enfermedad sufridos por el Asegurado y amparados por la póliza, le sobreviniere, dentro del año contado a partir de la fecha de su ocurrencia, alguna invalidez de las enumeradas en nuestra Escala de Indemnizaciones, La Compañía pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala al Capital Asegurado vigente para el momento del accidente, o del diagnóstico de la Enfermedad.

**Muerte Accidental: (S.A. 1.000,00 )** Esta cobertura establece que, si a consecuencia de un accidente o una enfermedad sufridos por el Asegurado y amparado por la póliza, le sobreviniere la muerte (dentro del año contado a partir de la fecha de ocurrencia de uno de estos eventos), MERCANTIL SEGUROS pagará a los Beneficiarios el Capital Asegurado por Muerte, vigente para el momento del accidente o del diagnóstico de la enfermedad (a los efectos de esta póliza sólo se encuentran

amparadas las siguientes enfermedades, así como sus consecuencias, siempre que se encuentre indicado en el Cuadro de la Póliza: poliomielitis, amigdalitis y apendicitis).

**Gastos Médicos: (S.A. BsS. 750,00)** Cobertura para los gastos derivados de una intervención quirúrgica, hospitalización o atención médica como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza.

**Responsabilidad Civil: (S.A. BsS: 50,00)** Si el Asegurado, durante la vigencia de esta póliza, ocasionare daños a terceras personas o a propiedades de terceros, por imprudencia o negligencia, por los cuales él sea civilmente responsable o sus padres o a falta de éstos sus tutores legales, la Compañía pagará como máximo las cantidades aseguradas por este concepto. Esta cobertura estará referida a eventos ocurridos durante el Horario Escolar.

### Deberes del Asegurado en Caso de Siniestro

En caso de Accidente el asegurado deberá notificarlo a C.A. Lebran Corredores de seguros dentro de los quince (15) días siguiente a la ocurrencia, suministre Carta Explicativa de los hechos y presentar los requisitos que se les solicite según sea el caso.

### Emergencia:

Diríjase a cualquier Clínica presentada en el listado de MERCANTIL SEGUROS suministrar la siguiente información: Identificación del colegio, nombre del alumno, Cédula del Alumno o del representante.

La Clínica se comunica con MERCANTIL SEGUROS a través de las líneas 0212.503.25.25 para verificar la inclusión del asegurado y darle el ingreso.

Al momento de salir, la Clínica solicita la clave de egreso, al Centro de Atención Telefónica enviando por fax para su revisión: Factura final; Informe médico de egreso.

MERCANTIL SEGUROS procede a otorgar clave y cobertura según contrato.

MERCANTIL SEGUROS procede a indemnizar según la cobertura contratada. Se recomienda revisar la factura y constatar que los servicios facturados hayan sido los recibidos durante su estadía en la clínica.

**NOTA: En caso de presentarse algún inconveniente en la clínica comuníquese a los números de emergencia de Lebran**

### Reembolso por gastos médicos:

En caso de que asuma los gastos clínicos amparados por la póliza, notificarlo en un lapso no mayor de 15 días consecutivos,

y dentro de los 30 días, consignar en nuestro correo: [beneficiosysalud@lebran.com](mailto:beneficiosysalud@lebran.com) los siguientes recaudos:

- Declaración del siniestro, firmada por el representante y sellada por el colegio.
- Informe médico amplio y detallado.
- Facturas canceladas en original y selladas por la clínica.
- Tratamiento médico aplicado, récipes, facturas de medicinas y resultados de exámenes.

**Todo Digitalizado en un archivo PDF**

**¡Nuestros valores agregados hacen la diferencia!**

**0500 Lebran1**  
**5327261**  
Información y asistencia las 24 horas  
**\*Lebran** | Movistar Movilnet  
**(0412)2 Lebran** | Digitel

Av. Ppal. El Bosque, Edif. Pichincha, piso 9, Oficina 91, Chacaíto, 1060-A.  
Caracas, Venezuela.  
Máster: (0212) 952.80.03  
Fax: (0212) 952.14.48



**Póliza Nº 1-1-460109**

