

## Federación Mexicana de Fútbol Asociación, A. C. LIGA TDP.

Es Importante conocer cómo se puede hacer uso de las Pólizas Contratadas para la tercera división, en beneficio de sus jugadores, Cuerpo Técnico y Directores.

Es un placer poner a su disposición la siguiente información relacionada a las Pólizas que se tienen contratadas con:

### PÓLIZA DE GRUPO-VIDA N° 61393-01

Vigencia.	21 de julio de 2021 al 21 de julio de 2022
Suma Asegurada. Jugadores y Cuerpo Técnico	<b>\$ 350,000.00 MN</b>
Administrativos	<b>\$ 700,000.00 MN</b>
Gastos funerarios (Titular)	<b>\$ 25,000.00 MN</b>

- Es de vital importancia recabar el **Formato de Consentimiento** del Seguro de Vida, en donde los Jugadores asignarán quienes serán sus beneficiarios del Seguro en caso de Fallecimiento; este documento debe de ser entregado a la Federación Mexicana de Fútbol Asociación, A.C. Liga TDP **en original**, para realizar el trámite del pago de la Suma Asegurada del Seguro de Vida. Al NO contar con el Consentimiento el seguro queda invalidado (Art. 167 ley sobre el contrato de seguro).
- Dichos Consentimientos deben de contar y **cotejarse** con la misma firma autógrafa de la Credencial Oficial, En caso de ser menor de edad deberá presentar su consentimiento y el de su representante legal, adjuntando copia de la credencial Oficial.

### PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES N° 430359

Vigencia.	21 de julio de 2021 al 21 de julio de 2022
<b>Coberturas</b>	
Muerte Accidental	<b>\$ 250,000.00 MN</b>
Pérdidas Orgánicas escala "A"	<b>\$ 250,000.00 MN</b>
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	<b>\$ 175,000.00 MN</b>
Deducible	<b>\$ 1,000.00 MN</b>

- **IMPORTANTE**

**TODAS LAS CIRUGIAS de: CADERA, NARIZ, RODILLA COLUMNA, HOMBRO, CODO, MUÑECA O CUALQUIER OTRA ARTROSCOPIA** que se presenten por **Reembolso o Pago Directo** hospitalario, deberán contar con una **SEGUNDA VALORACIÓN** previa a la cirugía, con médico que asigne La Latino Seguros expidiendo la carta correspondiente de **AUTORIZACIÓN O RECHAZO** y se solicitarán **RADIOGRAFÍAS Y/O TOMOGRAFÍA CON INTERPRETACIÓN, PREVIAS Y POSTERIORES A LA CIRUGÍA.**

#### PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA O PAGO DIRECTO

- 1.- El asegurado llamará al Call Center (CC) de La Latino Seguros (800-685-1170 OPCIÓN 6) y solicitará la atención por accidente, indicando:
  - Nombre completo.
  - Número de Póliza:
- 2.- El Ejecutivo de Call Center verificará su elegibilidad y si es procedente le proporcionará e indicará:
  - No. de reporte
  - Hospital cercano a cuál dirigirse.
  - Documentos que debe presentar para **identificarse** en el Hospital:
    - o Aviso de Accidente firmado y/o sellado ya sea por el médico del equipo, director técnico o auxiliar técnico, al igual que por el asegurado (jugador).
    - o Carta membretada obligatoria y firmada por algún directivo del equipo.
    - o Credencial de la Federación Mexicana de Fútbol vigente con clave NUI con fotografía.
    - o Cedula Arbitral (En partidos).
- 3.- El CC se comunicará al hospital seleccionado y avisará sobre la llegada del paciente e indicará el Nombre del Asegurado y No. de Reporte, así como los documentos que debe pedir al asegurado.
  - En caso de tener algún problema administrativo comunicarse con el Lic. Diego Zavrel al tel. 55-49-87-05-05.
  - Para que la Aseguradora se haga cargo de los gastos derivados del accidente dentro del hospital, cuando la lesión lo amerite, los gastos que se generen de esta atención deben de **ser mayores al Deducible: \$1,000.00 Liga TDP.**

**PAGO DIRECTO: EL SINIESTRO DEBE OCURRIR Y REPORTARSE DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DEL ACCIDENTE**

**REPORTE HOSPITALARIO**

**INGRESO**

4.- El Hospital recibirá al Asegurado, verificará los documentos y llamará al (CC) de La Latino Seguros (800-685-1170 OPCIÓN 6) para reportar su llegada, confirmando el no. de reporte y los documentos a solicitar.

5.- Entregará Informe Médico al Doctor tratante.

Una vez entregados TODOS los documentos, la Aseguradora los Revisará y Dictaminará otorgando la Carta Autorización y/o Rechazo, confirmando al Hospital.

- En el caso de que los gastos generados por la hospitalización **NO excedan** el **Deducible** \$1,000.00 MN tendrá que **liquidar** la cuenta directamente el **jugador**.

**PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA POR PAGO DIRECTO**

Bajo este régimen el asegurado solo pagará el Deducible de **\$1,000.00** M.N. y los gastos no cubiertos, en caso de que los genere. (Gastos personales como: jabón, esponja de baño, comida extra de su acompañante, llamada a celulares, shampoo, kleenex, lo no relacionado al padecimiento, etc.).

- **EL PRIMER GASTO DE TODA RECLAMACIÓN (ATENCIÓN MÉDICA, CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO Y REEMBOLSO) DEBE EFECTUARSE DENTRO DE LOS 10 PRIMEROS DÍAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE, PARA EL EFECTO DEBE CONTAR CON UN COMPROBANTE (FACTURA O RECIBO) CON REQUISITOS FISCALES. EL NO CONTAR CON ESE DOCUMENTO ES MOTIVO DE RECHAZO.**

Los documentos a presentar en originalson:

- Formato de Informe Médico requisitado y firmado por el médico tratante.
- Formato de Aviso de Accidente requisitado y firmado por el afectado
- Estudios que hayan sido realizados para avalar el diagnóstico (Placa Rx (EN FOTOGRAFÍA), Ultrasonido (EN FOTOGRAFÍA), Resonancia (EN FOTOGRAFÍA), Laboratorio, etc.) así como las imágenes, interpretaciones y/o resultados correspondientes, adjuntar receta médica.
- Carta del Club firmada y sellada indicando donde, cuando y como ocurrió el accidente.
- Copia del Informe del Árbitro si el accidente ocurrió durante el juego.
- Copia del Carnet de Afiliación a la Femexfut.
- Copia de Identificación Oficial del Afectado (IFE, Pasaporte, etc.).
- Credencial de la Federación Mexicana de Fútbol vigente con clave NUI y con fotografía.

Cualquier duda sobre los documentos a presentar favor de comunicarse con el Lic. Diego Zavrel al teléfono 55-49-87-05-05.

Una vez cotejada **TODA** la documentación y subida al portal, se realizará el trámite ante la Aseguradora quien asignará no. de folio y dará respuesta dentro de los 10 días hábiles posteriores.

Estos documentos deberán ser enviados por correo con el Lic. Diego Zavrel al e-mail: **diego1\_provyn@hotmail.com** comunicarse al **55-49-87-05-05** para confirmar su recepción.

## REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Este sistema consiste en que los gastos realizados a consecuencia de un accidente donde no se cuente con proveedores de red o la atención sea voluntaria, deberán ser liquidados por el Asegurado al prestador de servicios (hospital y médicos); posteriormente podrán ser reembolsados al Asegurado aquellos que procedan en términos de los gastos cubiertos por la Póliza.

- **EL PRIMER GASTO DE TODA RECLAMACIÓN (ATENCIÓN MÉDICA, CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO HOSPITALARIO Y REEMBOLSO) DEBE EFECTUARSE DENTRO DE LOS 10 PRIMEROS DÍAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE, PARA EL EFECTO DEBE CONTAR CON UN COMPROBANTE (FACTURA O RECIBO) CON REQUISITOS FISCALES. EL NO CONTAR CON ESE DOCUMENTO ES MOTIVO DE RECHAZO.**

### Los documentos a presentar para su reembolso son:

- Formato de Informe Médico requisitado y firmado por el médico tratante.
- Formato de Aviso de Accidente requisitado y firmado por el afectado.
- Carta remesa
- Formato de Expediente de Identificación y conocimiento de persona física de nacionalidad mexicana (SE ENTREGA INICIALMENTE POR UNICA OCASIÓN EN CADA NUEVO PADECIMIENTO)
- Interpretaciones de estudios que hayan sido realizados para avalar el diagnóstico. (Placa Rx, Ultrasonido, Resonancia, Laboratorio, etc.), adjuntar receta médica y anexar fotografías de las placas de RX, ultrasonidos, resonancias, tomografías, etc.
- Carta del Club firmada y sellada indicando dónde, cuándo y cómo ocurrió el accidente.
- Copia del Informe del Árbitro si el accidente ocurrió durante el juego.
- Copia del Carnet de Afiliación a la Femexfut.
- Copia de Identificación Oficial del Afectado (IFE, Pasaporte, etc.).
- Credencial de la Federación Mexicana de Fútbol vigente con clave NUI y con fotografía.
- Formato de reclamación de accidente debidamente requisitado.
- Copia de comprobante de domicilio (Recibo de agua, luz, gas).
- En caso de reembolso de **terapias de Rehabilitación**: se debe adjuntar **orden medica** donde el médico tratante indique cuantas rehabilitaciones necesita; adjuntar **bitácora** de asistencia con fechas y firma de del jugador, **Resumen clínico del terapeuta** donde informe la evolución del paciente y **factura** con desglose de costo unitario de las mismas. **LAS TERAPIAS SE ENCUENTRAN TOPADAS A 20 SESIONES, Y EN CASO ESPECIALES Y DE REQUERIRSE SE PODRÁN OTORGAR 10 SESIONES MAS.**
- **En caso de querer realizar el reembolso a una cuenta de padre, madre o tutor es necesario adjuntar: identificación oficial, realizar una carta cesión de derechos y estado de cuenta bancario donde se refleje el número de cuenta y CLABE en la que se realizará la transferencia de pago respectivo APLICA SOLO SI EL ASEGURADO ES MENOR DE EDAD.**

Estos documentos deberán ser enviados por correo con el Lic. Diego Zavrel al e-mail: [diego1\\_provyn@hotmail.com](mailto:diego1_provyn@hotmail.com) comunicarse al **55-49-87-05-05** para confirmar su recepción.

Una vez cotejada **TODA** la documentación y subida al portal, se realizará el trámite ante la Aseguradora quien asignará no. de folio y dará respuesta dentro de los 10 días hábiles posteriores de: autorizado, rechazado o pendiente de documentación adicional.

- La **Facturación** de Gastos deberán de ser expedidos a nombre **del Asegurado afectado** (en caso de ser menor de edad a nombre de su padre o tutor), refiriendo al paciente atendido.
- **Formatos:** Directorio de hospitales, Consentimiento del Seguro de Vida (Póliza de Vida), Consentimiento del Seguro de Accidentes Personales, Informe Médico, Aviso de Accidente, se podrán obtener del portal de Femexfut de la Liga TDP:
- (Formatos/Seguro de Vida y Accidentes).

## INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

### Los documentos a presentar para el cobro de la Suma Asegurada por fallecimiento:

- Consentimiento Original con designación de beneficiarios firmado por el asegurado.
- Carta reclamación por parte del Contratante, solicitando el pago de la suma asegurada así mismo indicando que el Consentimiento presentado es el último que obra en su poder, liberando a La Latinoamericana Seguros de toda responsabilidad.
- Formato de Expediente de Identificación y conocimiento de persona física de nacionalidad mexicana.
- Original del Formato de Solicitud de Reclamación de (los) Beneficiario(s).
- Original o Copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.
- Original o copia certificada del acta de defunción del asegurado.
- Copia simple del certificado de defunción
- Copia simple con su respectivo cotejo de documentación original de la identificación oficial del asegurado vigente.
- Copia simple con su respectivo cotejo de documentación original de los últimos tres recibos de nómina.
- Original o Copia certificada de acta nacimiento del (los) beneficiario(s), en el caso de que alguno de los beneficiarios haya fallecido, presentar acta de defunción en original o copia certificada.
- Original o copia certificada del acta de Matrimonio en caso de que el beneficiario sea cónyuge.
- Copia simple con su respectivo cotejo de documentación original de la identificación oficial de cada uno de los beneficiarios.
- En caso de que algún beneficiario no tenga parentesco en línea recta con el asegurado, ejemplo: (hermano, primo, tío, sobrino u otro) será necesario presentar copia de su RFC, para realizar su constancia de retención, en caso de que algún concubino (a) no se pueda acreditar su parentesco a este mismo se le realizará su constancia de retención.
- Copia simple del Comprobante de domicilio con su respectivo cotejo de documentación original, con una antigüedad no mayor a 3 meses (servicio telefónico, luz, agua, predial).
- Copia certificada de las Actuaciones del Ministerio Público (averiguaciones previas identificación, del cadáver, Necropsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos tanto del alcohol como de drogas de abuso, fotografías), parte de tránsito en caso de accidente.
- En caso de que el tipo de pago sea por transferencia bancaria, anexar copia simple del estado de cuenta con su respectivo cotejo de documentación original con clabe interbancaria.

Estos documentos deberán ser enviados por correo con el Lic. Diego Zavrel al e-mail: **diego1\_provyn@hotmail.com** comunicarse al **55-49-87-05-05** para confirmar su recepción.

## INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

### Los documentos a presentar para su indemnización son:

- Consentimiento Original con designación de beneficiarios firmado por el asegurado.
- Carta reclamación por parte del Contratante, solicitando el pago de la suma asegurada así mismo indicando que el Consentimiento presentado es el último que obra en su poder, liberando a La Latinoamericana Seguros de toda responsabilidad.
- Formato de Expediente de Identificación y conocimiento de persona física de nacionalidad mexicana
- Original del Formato de Solicitud de Reclamación de (los) Beneficiario(s).
- Original o Copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.
- Original o copia certificada del acta de defunción del asegurado.
- Copia simple del certificado de defunción
- Copia simple con su respectivo cotejo de documentación original de la identificación oficial del asegurado vigente.
- Copia simple con su respectivo cotejo de documentación original de los últimos tres recibos de nómina.
- Original o Copia certificada de acta nacimiento del (los) beneficiario(s), en el caso de que alguno de los beneficiarios haya fallecido, presentar acta de defunción en original o copia certificada.
- Original o copia certificada del acta de Matrimonio en caso de que el beneficiario sea cónyuge.
- Copia simple con su respectivo cotejo de documentación original de la identificación oficial de cada uno de los beneficiarios.
- En caso de que algún beneficiario no tenga parentesco en línea recta con el asegurado, ejemplo: (hermano, primo, tío, sobrino u otro) será necesario presentar copia de su RFC, para realizar su constancia de retención, en caso de que algún concubino (a) no se pueda acreditar su parentesco a este mismo se le realizará su constancia de retención.
- Copia simple del Comprobante de domicilio con su respectivo cotejo de documentación original, con una antigüedad no mayor a 3 meses (servicio telefónico, luz, agua, predial).
- En caso de que el tipo de pago sea por transferencia bancaria, anexar copia simple del estado de cuenta con su respectivo cotejo de documentación original con clabe interbancaria.

Estos documentos deberán ser enviados por correo con el Lic. Diego Zavrel al e-mail: **diego1\_provyn@hotmail.com** comunicarse al **55-49-87-05-05** para confirmar su recepción.