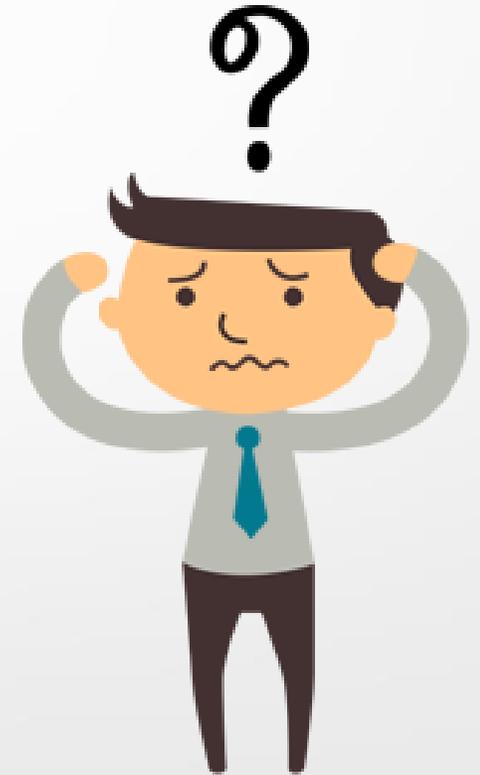




CENTRO DE ENSEÑANZA TÉCNICA INDUSTRIAL

¿QUÉ HACER EN CASO DE UN ACCIDENTE?



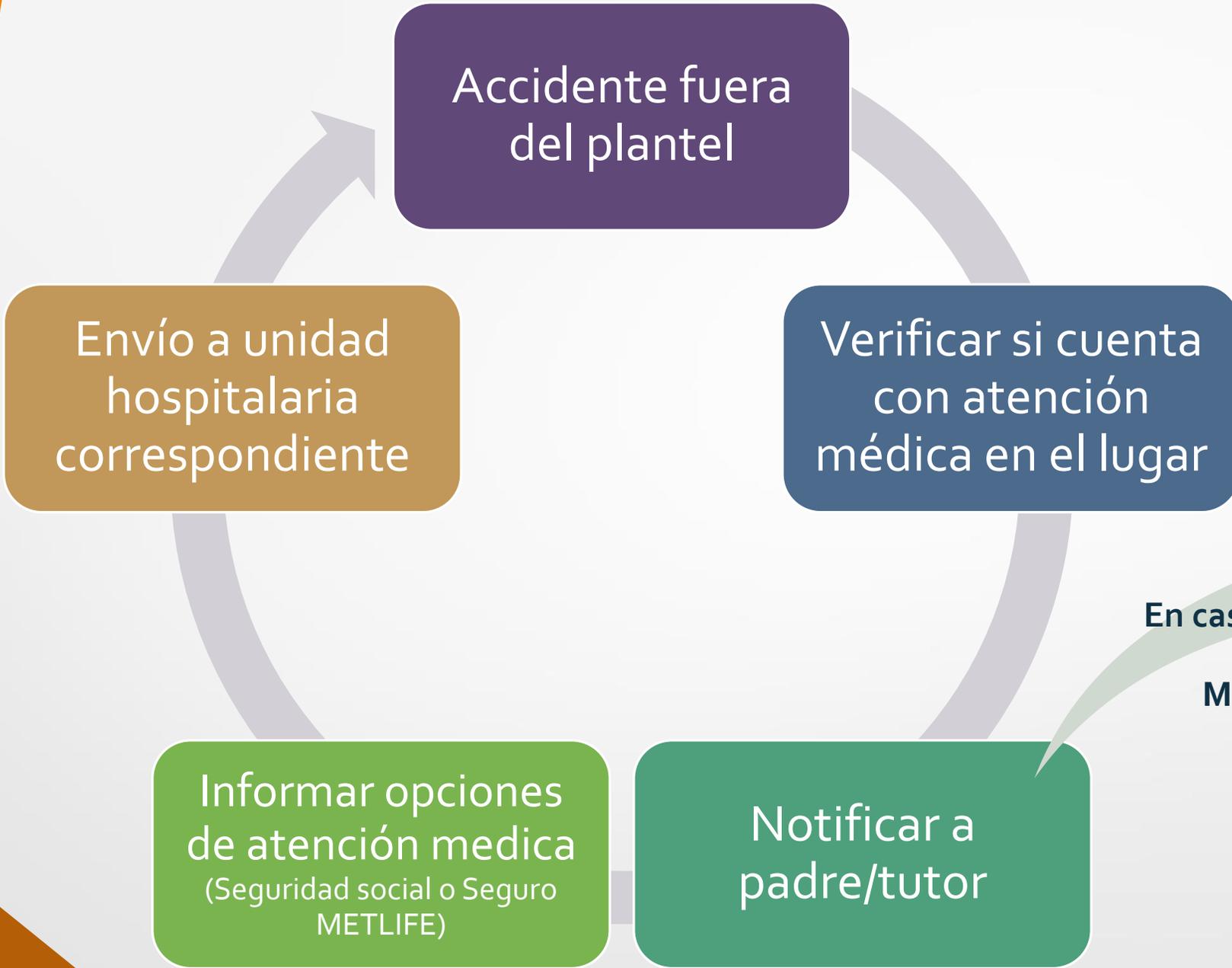


Seguridad social
(IMSS, ISSSTE, Seguro
popular, SEMAR, SEDENA,
PEMEX, HC)

Seguro accidentes
personales METLIFE







En caso necesario de ambulancia
solicitarla al 911 o en
METLIFE: 01.800.00.METLIFE
(638.5433)

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES



ACCIDENTE ESCOLAR

- Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito causado por medios externos y de un modo violento que afecte la integridad de la persona y que suceda en el momento en que los asegurados inician viaje ininterrumpido de su casa a la escuela por cualquier medio de transporte **EXCEPTO MOTOCICLETA O MOTONETA** o durante el desarrollo de la actividad escolar del asegurado.



*Exclusiones: Consecuencia de ataques cardíacos o epilépticos, enfermedades vasculares, dolor de espalda crónico, desvanecimiento, sonambulismo, trastornos mentales.





*Eventos fuera de las instalaciones deben de estar bajo la coordinación o supervisión del CETI

COBERTURA



| Cobertura de Póliza | Suma asegurada | Deducible |
|---|----------------|-----------|
| Muerte accidental | \$100,000.00 | No aplica |
| Pérdidas orgánicas (Escala "B") | \$100,000.00 | No aplica |
| Pago directo y/o reembolso de gastos médicos (por evento) | \$60,000.00 | \$200.00 |

Nota: Aplica solamente hasta los 180 días o al llegar al monto máximo (\$60,000)

Mexico > Inicio

Resultados de búsqueda

1 - 10 de 59 | Cantidad de resultados 10

[PDF] **Red Hospitalaria**
... 252 Estado De México Los Reyes La Paz Torre Hospitalaria Maya Av. ... 481 Puebla Heroica Puebla Unidad Hospitalaria La Paz Acatlán No. 2 ...

[PDF] **Red de Médicos Coordinados**
No. General Estado Ciudad Nombre Lada Teléfono Celular 1 Aguascalientes Aguascalientes Dra. Minerva Oliva Rodríguez ...

Pago de Honorarios Médicos | MetLife
... de Cuenta: 0666 / 0666 Banamex. Abrir Todos Cerrar Todos. Médicos Asociados a la Red MetLife. ... Médicos no asociados a la Red MetLife. ...

Glosario | MetLife
... Costo razonable Aquél cuyo monto o valor ha sido convencionalmente determinado por la Red Médica, considerando la naturaleza y calidad ...

Reclamaciones de Gastos Médicos en Pólizas Ex Alico ...
... Consultar la red de médicos y hospitales a los que tienes derecho de acuerdo a tu plan. ... Si tu médico no pertenece a nuestra red de especialistas. ...

Queremos ayudarte a encontrar tu seguro personalizado.
**Campos obligatorios*

Nombre*

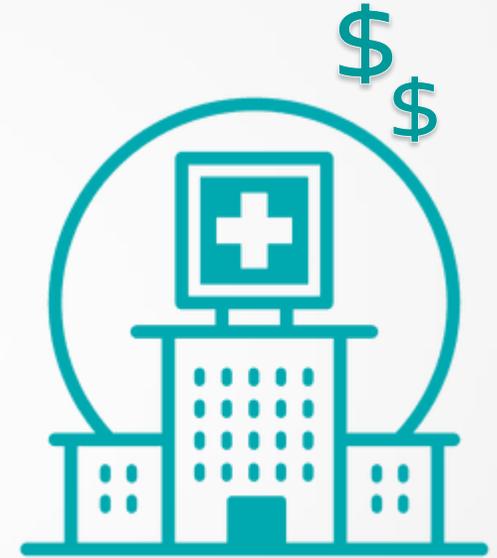
Apellido Paterno*

Apellido Materno*

DD* - MM* - YYYY*

ENVIAR

Atención
médica con
METLIFE



Pago directo

Pago vía
reembolso

PAGO DIRECTO



Informar



01.800.70.21.600
ext 5002

*Nombre completo del estudiante.
*Número de póliza (AE1862)
*Nombre del contratante: CENTRO DE ENSEÑANZA TECNICA INDUSTRIAL



1. Formato de aviso accidente.
2. Formato de informe médico.
3. Resultado y/o interpretación de estudios de laboratorio.
4. Credencial de la institución VIGENTE.
5. Carta emitida por la institución avalando el accidente.
6. Estado de cuenta desglosado.

RECLAMACIONES GMM- REEMBOLSO

- Pagos efectuados por el asegurado y que estén amparados por la póliza contratada les serán reembolsados previa autorización y revisión por METLIFE.



*Tiempo para solicitar reembolso: 1 año
*Tiempo de respuesta: 6 días hábiles

REEMBOLSO PRESENCIAL



Centro de servicio Guadalajara
Pedro Moreno #1677 col. Americana

Comprobación del siniestro con la entrega de la siguiente documentación.

1. Formato de "Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores".
2. Formato de "Informe médico".
3. Carta reclamación membretada por el plantel (en caso de menor de edad).
4. Identificación oficial del asegurado o padre/tutor en caso de menor de edad.
5. Credencial oficial de la institución VIGENTE.
6. Resultado y/o interpretación de estudios de laboratorio.
7. Comprobante de domicilio (original y copia).
8. Recibos y/o facturas emitidas correspondientes a los gastos realizados.



- Para obtener los formatos antes mencionados ingresar a:

Formato reclamación de reembolso:

<https://www.metlife.com.mx/content/dam/metlifecom/mx/pdfs/common-files/solicitud-reembolso-gastos-medicos-mayores.pdf>

Formato informe médico:

<https://www.metlife.com.mx/content/dam/metlifecom/mx/pdfs/internas/Soy-Cliente/Tramites-y-Servicios/Programar-Cirugia/Informe-medico.pdf>

REEMBOLSO EN LINEA

1. Ingresar a la página de internet de METLIFE
2. Formato de "Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores"
3. Formato de "Informe médico"
4. Identificación oficial del asegurado o padre/tutor en caso de menor de edad
5. Credencial oficial de la institución VIGENTE
6. Carta de reclamación membretada por el plantel (en caso de menor de edad)
7. Comprobante de domicilio
8. Resultado y/o interpretación de estudios de laboratorio
9. CFDI (Comprobante fiscal digital) en formato XML



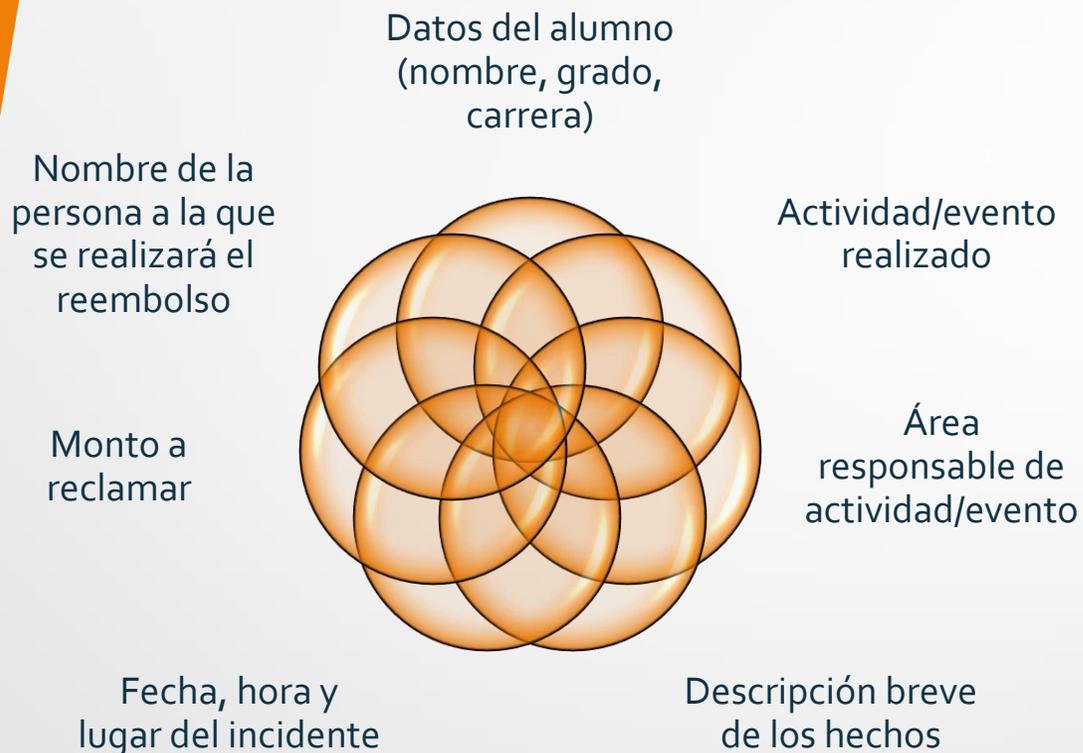


Solicitud de Reembolso

| | | |
|---|--|---|
| * Número de Póliza | <input type="text" value="Póliza"/> |  |
| Certificado | <input type="text" value="Certificado"/> |  |
| * R.F.C del Asegurado Afectado | <input type="text" value="RFC"/> |  |
| * Apellido Paterno del Asegurado Afectado | <input type="text" value="Apellido Paterno"/> |  |
| * Apellido Materno del Asegurado Afectado | <input type="text" value="Apellido Materno"/> |  |
| * Nombre del Asegurado Afectado | <input type="text" value="Nombre"/> |  |
| Parentesco | <input type="text" value=""/> |  |
| * Correo Electrónico | <input type="text" value="Correo"/> |  |
| * Confirmar Correo Electrónico | <input type="text" value="Correo"/> | |
| Correo Electrónico Opcional | <input type="text" value="Correo"/> |  |
| Confirmar Correo Electrónico Opcional | <input type="text" value="Correo"/> | |
| * Teléfono Célular | <input type="text" value="Teléfono"/> |  |
| * Monto a Reclamar | <input type="text" value="Monto"/> |  |
| * Tipo de Siniestro | <input type="text" value="Inicial"/> |  |
| Es Usted | <input type="radio"/> Cliente <input type="radio"/> Promotoría | |
| Favor de Introducir el Siguiente Código: | <input type="text" value="Código Captcha"/> | |



*En caso de necesitar carta emitida por la institución solicitarla en Subdirección Administrativa, ubicada en edificio O planta baja, ext. 245.



Solicitud para la carta de reclamación por accidente de Estudiante para el Seguro de Accidentes Personal Metlife 2018

Fecha de llenado, _____ de _____ de 20__

Nombre del estudiante afectado/a: _____

Registro: _____ Semestre: _____ Grupo: _____ Carrera: _____

Actividad/Evento que se estaba realizando: _____

Oficial: () Si () No Área responsable de la actividad/evento: _____

Nombre del responsable de la actividad/evento: _____

Como ocurrió el accidente, descripción de los hechos:

Cuando ocurrió el accidente

Fecha: _____ Hora aproximada: _____

Donde ocurrió el accidente:

Domicilio del lugar: _____

Nombre a quien será expedido el pago por concepto de reembolso de gastos médicos consecuencia del accidente:

Suma asegurada reclamada: \$ _____

Solicitado por:

Nombre y firma

Entregar el formado con la información solicitada en la Subdirección Administrativa, ubicada en el Edificio O planta baja.

PERO...???

- ¿Qué sucede si el estudiante ese día fue a realizar un trabajo a casa de un amigo?

La aseguradora realizará una investigación con el personal docente para confirmar que los estudiantes efectivamente tenían que reunirse para realizar la tarea.

- ¿Qué sucede si el estudiante al salir de clases acude a ayudar en algún negocio familiar?

De igual manera la aseguradora investigará la situación y valorará si aplica o no el seguro médico.

- ¿Qué sucede si el estudiante sale antes de clase?

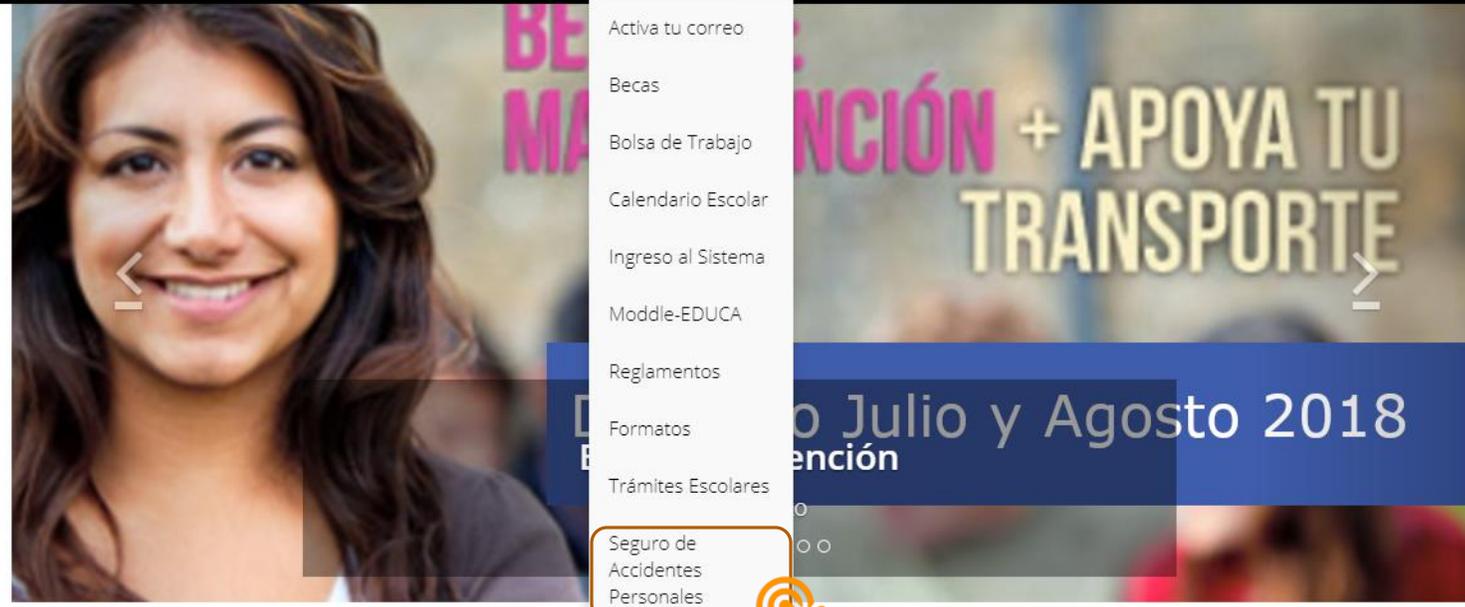
De igual manera la aseguradora investigará la situación y valorará si aplica o no el seguro médico.

- ¿Qué sucede si el estudiante va al IMSS/ISSSTE y al tardar en recibir atención médica decide llevarlo a un hospital de la red?

Es válido siempre y cuando no haya recibido alguna atención médica en estos centros hospitalarios.

- ¿Siempre debo de reportar el siniestro?

No, solamente en caso de solicitar el PAGO DIRECTO



- Activa tu correo
- Becas
- Bolsa de Trabajo
- Calendario Escolar
- Ingreso al Sistema
- Middle-EDUCA
- Reglamentos
- Formatos
- Trámites Escolares
- Seguro de Accidentes Personales



Inicio

Calendario Escolar

Curso Propedéutico

Becas

Coordinación de Cultura, Arte y Deporte (CAD)



SEGURO DE SALUD
para estudiantes

SEGURO FACULTATIVO

TRAMITE DE SEGURO FACULTATIVO

- Es un servicio médico que se proporciona a todos los estudiantes que **NO** cuenten con protección como asegurado o beneficiario de sus padres, cónyuge o su trabajo.



PREGUNTAS FRECUENTES



¿A que tengo derecho con el seguro facultativo?

- Consulta médica.
- Análisis de laboratorio y rayos X.
- Dotación de medicamentos.
- Hospitalización y cirugía.
- Asistencia al embarazo.
- PREVENIMSS.

¿Si estoy estudiando y estoy embarazada, a qué tengo derecho?

Tienes derecho atención medica, farmacéutica y hospitalaria hasta que tu y el bebe sean dados de alta.

¿Qué tiempo me cubre el seguro?

El tiempo que permanezcas como estudiante en la institución educativa pública de nivel medio superior o postgrado sin importar la edad que tengas.

Inicio » Consulta de trámites » **Asignación o localización del Número de Seguridad Social.**



ASIGNACIÓN O LOCALIZACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL.

Homoclave IMSS-02-008

El Número de Seguridad Social (NSS) es único, permanente e intransferible y se asigna para llevar un registro de los trabajadores y asegurados. ¡Ahora también puedes obtener o localizar tu NSS a través de Internet!

YA PUEDES HACER TU TRÁMITE POR INTERNET:

1 Ten a la mano tu CURP

2 Ten una cuenta de correo electrónico

3  **TRÁMITE DIGITALIZADO**
Sigue las instrucciones para iniciar tu trámite 

O SI LO DESEAS, PUEDES REALIZAR TU TRÁMITE EN VENTANILLA:

CONSULTA LA INFORMACIÓN, DANDO UN CLIC SOBRE EL SIGNO +

- + ¿Qué es?
- + ¿Quién lo puede realizar?
- + ¿Dónde puedo realizar este trámite?
- + ¿Se puede realizar en línea?
- + ¿Se puede realizar en ventanilla?

¿NECESITAS AYUDA?

- Para información, comentarios, quejas o denuncias, [contáctanos](#)
- Si deseas más información consulta el trámite en [gob.mx](#)
- Realiza tu Pre-Solicitud de registro a una AFORE

ALTA DE CLINICA O UMF CORRESPONDIENTE E IMPRESIÓN DE COMPROBANTE DE VIGENCIA DE DERECHOS DE IMSS

SI YA DISTE DE ALTA TU NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEBE REALIZAR LO SIGUIENTE.

PASO 1: DAR DE ALTA CLINICA CORRESPONDIENTE. Ingresas a la página de internet <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/portal-ciudadano-web-externo/derechohabientes/tramite/registro>, ten a la mano numero de seguridad social, CURP, datos personales (dirección, código postal, colonia) y correo electrónico, sigue los siguientes pasos:

1. Iniciar: ingresa tu CURP y correo electrónico. Da click en CONTINUAR.
2. Selecciona tu clínica: ingresa código postal. Da click en ACEPTAR e ingresa colonia, dirección completa y **SELECCIONA LA CLINICA MAS CERCANA A TU DOMICILIO Y EL HORARIO PARA ACUDIR A CONSULTA EN CASO DE QUE LO NECESITES**. Da click en CONTINUAR.
3. Han quedado tus datos registrados. Encontraras un documento con el nombre "CARTILLA NACIONAL", puedes imprimirlo para con este acudir a la clínica que seleccionaste y te otorguen tu tarjetón. Lleva también alguna identificación oficial y una fotografía tamaño infantil.

PASO 2: IMPRIMIR COMPROBANTE DE VIGENCIA DE DERECHOS. Ingresas a la página de internet <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>, ten a la mano número de seguridad social, CURP, correo electrónico y sigue los siguientes pasos:

1. Ingresas CURP, NSS (número de seguridad social) y correo electrónico. Da click en BUSCAR.
2. Sera enviado al correo que ingresaste el comprobante de vigencia acreditando que tu SEGURO FACULTATIVO se encuentra dado de alta.
3. **IMPRIMELO** y entrégalo al área de servicios médicos, con ello se registraran los datos correspondientes en tu plataforma.

_____, Jalisco, ____ de _____ de 20__

Por este medio manifiesto que cuento con Seguridad Social:

Por parte de: mi(s) padre(s) mi trabajo mi cónyuge CETI Escuela

Otorgada por: IMSS ISSSTE PENSIONES SEMAR SEDENA Seguro Popular

Mi número de afiliación (NSS) es: _____

Mi número de clínica es: _____

La información antes proporcionada se almacenará en el Sistema Escolar del CETI, con el fin de tener el registro de la seguridad social del estudiante y asimismo se archivara este formato en el expediente del mismo.

Es obligación de los estudiantes mantener la vigencia del seguro y darse de alta en la clínica para su atención médica.

Nombre completo: _____

Registro: _____ Nivel: Tecnólogo Ingeniería Turno: Matutino Vespertino Plantel: Colomas Tonalá Río Santiago

Nombre de la madre, padre o tutor(a): _____

Me comprometo a realizar cualquier modificación en caso que cambie de mi seguridad social y de lo contrario deslindo de cualquier responsabilidad al CETI.

ATENTAMENTE

ENTERADO

Firma del solicitante

Firma del padre, madre o tutor(a)

Únicamente en caso de que el(la) estudiante sea menor de edad, debe anexar copia de la identificación Oficial para cotejo

Entregar el formato en el área de Servicios Médicos del Plantel, con la siguiente documentación:

- Copia del documento que acredite el NSS, puede ser documento del seguro, carnet, credencial, entre otros.
- En caso de ser menor de edad copia de la identificación oficial del padre o madre o tutor legal que haya firmado el formato.

Para ser llenado por el Departamento de Servicios de Apoyo Académico/Administrativo

| | Fecha y hora: | Nombre: | Firma |
|-----------------------|---------------|---------|-------|
| Recibe: | | | |
| Capturado en Sistema: | | | |
| Recibido en Archivo: | | | |

> Inicio > **Trámites escolares**

Trámites Escolares

| |
|--|
| Certificado Parcial |
| Certificado Duplicado |
| Justificante |
| Constancias de Estudios |
| Kardex |
| Baja Definitiva |
| Baja Temporal |
| Solicitud de Cartas |
| Credencial extravió |
| Credencial deterioro |
| Informacion Seguro Facultativo |

Sitios relacionados

- [Becas](#)
- [Calificaciones Alumnos](#)
- [Calendario Escolar](#)





¿¿¿¿ DUDAS ????