



# MANUAL DE USO SEGURO ESTUDIANTIL!

raúl coka barriga

*Seguro sin complicaciones!*



Powered by  
Arizona State University

# ACCIDENTES PERSONALES N° 50517

El presente informativo de seguro está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones mencionadas en la póliza de seguro emitida por AIG Metropolitana Cía. De Seguros y Reaseguros S.A.

Universidad Internacional del Ecuador

**VIGENCIA DESDE: 01/09/2022 HASTA: 01/09/2023**

## RESUMEN DE BENEFICIOS

**Accidente** se considera al evento que ocurre de manera repentina e inesperada, debido a un factor externo que puede resultar en lesiones.



**COBERTURAS APLICAN**

 **24hr**  
**365 DÍAS**

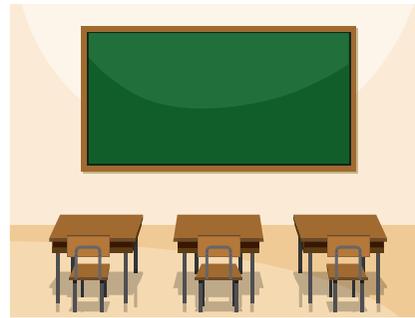
## COBERTURAS

BENEFICIOS ESTUDIANTES	MONTOS ASEGURADOS
Muerte Accidental	\$ 6.000,00
Desmembración Accidental	\$ 6.000,00
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	\$ 6.000,00
Gastos Médicos por Accidente	\$ 4.000,00
Gastos Dentales por Accidente	\$ 150,00
Gastos de Ambulancia por Accidente	\$ 150,00
Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	\$ 135,00
Gastos de de Sepelio por Muerte por Cualquier Causa	\$ 700,00
Beca Estudiantil por Muerte Accidental de Asegurado	\$ 6.000,00

# DUPPLICIDAD DE COBERTURA

Las coberturas aplican: dentro y fuera de la Institución, 24 horas al día, mientras el estudiante se encuentre matriculado y haya tomado el seguro; **SE APLICARÁ DOBLE COBERTURA** dentro del límite asegurado, si el accidente ocurre en los siguientes lugares:

Dentro de la Institución Educativa.



Fuera de la Institución Educativa, pero en representación de la misma.



Cuando el alumno esté siendo trasladado en los buses contratados por la Institución Educativa (una vez superado el valor del SPPAT\*).



Este beneficio adicional no aplica en la cobertura de Renta Diaria Hospitalaria por Enfermedad y Accidente, Beca Educativa por Muerte Accidental y Vida.



# VALORES DE DEDUCIBLES

Deducible para Gastos Médicos por Accidente	\$ 40,00
Deducible para Renta Hospitalaria por Accidente o Enfermedad	1 DÍA

# ASEGURADOS



Los estudiantes que pertenezcan a la institución educativa contratante estarán asegurados siempre y cuando hayan sido notificados por escrito a la Compañía Aseguradora.



Para Beca Estudiantil por accidente, el asegurado es el padre o la madre del estudiante o el representante económico en ausencia de los dos, se entiende por ausencia el fallecimiento del padre y la madre, siempre y cuando hayan sido notificados por escrito a la Compañía Aseguradora. Se podrá asegurar únicamente a uno de los representantes del estudiante.

## LÍMITE DE EDAD

- Mínima de Ingreso: 3 Años.
- Máxima de Ingreso: 65 Años.
- Máxima de Permanencia: 75 Años.



## Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito.



# ACLARACIONES DE COBERTURA

SE ACLARA QUE EXISTE  
COBERTURA PARA LOS  
SIGUIENTES EVENTOS:



✓ Picadura de insectos (abejas, mosquitos, arañas, etc.).

✓ Mordedura de animales (serpientes, roedores, animales domésticos, etc.).

✓ Intoxicación por ingerir alimentos en mal estado.

✓ Ingesta de cuerpos y líquidos extraños, dejando sin efecto la deshidratación por el abuso de bebidas alcohólicas.



✓ Introducción de cuerpos y líquidos extraños en oídos, nariz y ojos.

✓ Inhalación de gases tóxicos.

✓ Todos los asegurados están cubiertos en caso de ocurrir fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, maremoto, temblor, erupción volcánica, inundación, colapso, hundimientos, desplazamientos; así como eventos catastróficos tales como: incendio, explosión, etc.



EXCLUSIONES

NO EXISTE COBERTURA  
CUANDO EL SINIESTRO  
SEA CONSECUENCIA DE:



X Cualquier enfermedad o accidente preexistente al inicio de la vigencia de la póliza.

X Intervenciones quirúrgicas o tratamientos que no hayan sido motivados por accidente.

X Enfermedades y lesiones con ellas relacionadas.

X Guerra declarada o no.

X Conmoción civil, revuelta popular, motín; si el asegurado participa activamente en ellas.

X Servicio en las fuerzas armadas, ejército, aviación, naval y policía.

X Lesiones corporales que den lugar a formación de hernias.



X Viajes aéreos en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas para el tráfico regular de pasajeros.

X Si el asegurado es piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave.

X Heridas autoinfligidas intencionalmente, suicidio o cualquier intento de suicidio estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.

X Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.

X Infecciones bacterianas, excepto infecciones piogénicas que deriven de cortaduras o heridas accidentales.

## NOTIFICACIÓN DE SINIESTROS:



**PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**, el beneficiario de esta póliza deberá notificar por escrito a la aseguradora el fallecimiento del asegurado cuando tenga conocimiento de la existencia del beneficio, hasta un límite máximo de tres (3) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro.



**PARA LAS DEMÁS COBERTURAS**, el plazo para aviso de siniestro es de sesenta (60) días contados a partir de la ocurrencia del siniestro.

En caso de no darse aviso por escrito a la compañía en los plazos estipulados, el siniestro se considerará como extemporáneo y el beneficiario perderá los derechos a los beneficios establecidos en la presente póliza, liberando a la compañía de seguros del pago de la indemnización que habría correspondido.

La notificación se la puede realizar por correo electrónico ([mgonzalez@raulcoka.com](mailto:mgonzalez@raulcoka.com)) o telefónicamente al 1800-911-000 o al 09-99-911-911.



DOCUMENTOS  
EN CASO DE  
SINIESTRO:



- Formulario de reclamación.
- Facturas de gastos incurridos (originales).
- Recetas médicas u orden de exámenes (originales).
- Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.
- Formulario de Declaración Médica.
- En caso en que los beneficiarios sean menores de edad se deberá entregar la partida de nacimiento.
- En caso en que los beneficiarios sean mayores de edad se deberá entregar la cédula de identidad.
- Cualquier otro documento probatorio que la compañía considere necesario para la indemnización del siniestro.

## PARA GASTOS MÉDICOS:



## BÁSICOS

- Formulario de reclamación.
- Partida de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad del Asegurado.
- Partida de defunción del Asegurado.
- Informe y certificado del o los médicos tratantes.
- Certificado de inhumación y sepultura.
- Partida de nacimiento y/o cédula de identidad de los Beneficiarios.

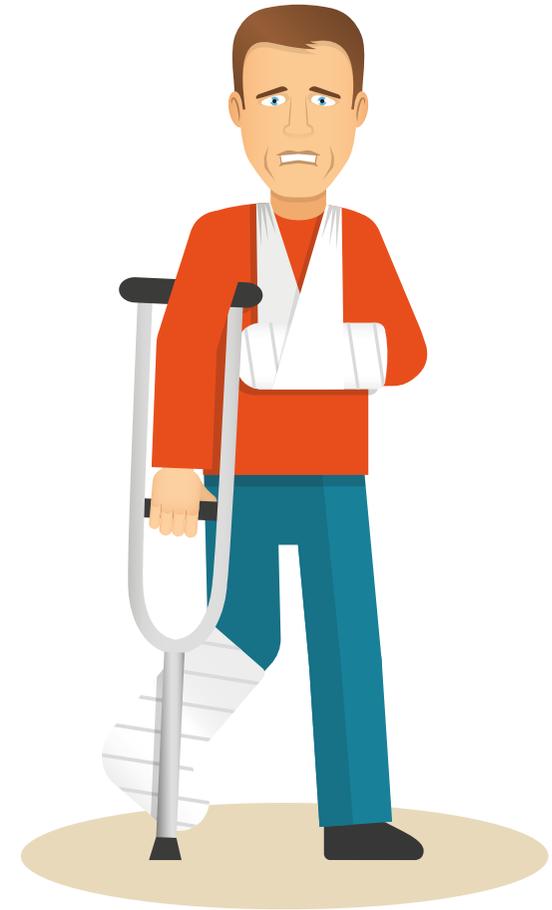
## PARA BECA POR ACCIDENTE:



## ADICIONALES

- Historia clínica del Asegurado.
- Acta de levantamiento del cadáver Parte policial.
- Protocolo de autopsia.
- Posesión efectiva de legitimarios / herederos.
- Declaratoria de muerte presunta, publicaciones.
- En caso en que los beneficiarios sean menores de edad se deberá entregar la partida de nacimiento.
- En caso en que los beneficiarios sean mayores de edad se deberá entregar la cédula de identidad
- Cualquier otro documento probatorio que la compañía considere necesario para la indemnización del siniestro.

PROCEDIMIENTO  
A SEGUIR EN CASO  
DE ACCIDENTE:





## PROCEDIMIENTO EN CASO DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:

1



**Comunícate al 1800-911-000  
o al 09-99-911-911.**

2



**Trasládate inmediatamente  
al hospital en convenio más  
cercano de tu elección.**

3



**Identifícate como asegurado  
de Raúl Coka Barriga.**

4



Presenta la cédula, carné estudiantil o documento de identificación.

5



Completa y firma el formulario de reclamación que será entregado en el hospital.

6



Cancela el deducible correspondiente.

7



**Si la cuenta del hospital excede el límite para gastos médicos, deberás cancelar la diferencia.**

8



**Entrega una garantía en caso de hospitalización, cirugías, diagnósticos complejos, o cuando la cuenta del hospital supere los \$1.000,00**



PARA PAGO DE  
RECLAMOS VÍA  
REEMBOLSO EN  
CASO DE ACCIDENTE:

1



**Comunícate al 1800-911-000  
o al 09-99-911-911.**

2



**Informa el nombre del  
asegurado, fecha y  
circunstancias del accidente.**

3



**Descarga el formulario de  
reclamación de:  
<https://www.rcbaaps.com>**

4



**Completa el formulario de reclamación mismo que debe ser firmado y sellado por el médico tratante y envíalo por correo electrónico a: [mgonzalez@raulcoka.com](mailto:mgonzalez@raulcoka.com), junto con los documentos detallados anteriormente.**

# PLAN DENTAL



PROCEDIMIENTO	ESPECIALIDAD	COBERTURA		CARENCIA
Examen Clínico y Diagnóstico	Prevención	Ilimitada	100%	30 Días
Rayos-X (Periapicales)	Prevención	Ilimitada	100%	30 Días
Fase Higiénica (Profilaxis Simple)	Prevención	Ilimitada	100%	30 Días
Aplicación de Flúor (Menores de 15 Años)	Prevención	Ilimitada	100%	30 Días
Consulta con Especialista	Prevención	Ilimitada	100%	30 Días
Urgencias – Odontalgia* (Dolor Dental)	General	Ilimitada	100%	30 Días
Resina Simple (1 superficie)	Operatoria	1 Al Año	100%	30 Días
Resinas Compuestas (2 superficies)	Operatoria	1 Al Año	100%	30 Días
Resinas Complejas (3 superficies)	Operatoria	1 Al Año	100%	30 Días
Extracciones Simples	Cirugía	Ilimitada	70%	30 Días

**Para acceder al beneficio dental, debe comunicarse a los siguientes números: 1800-911-000 o al 09-99-911-911.**

ASISTENCIA  
TOTAL  
RAÚL COKA





**INFORMACIÓN  
24 HORAS DEL DÍA  
365 DÍAS DEL AÑO**



**CRÉDITO HOSP.  
POR ACCIDENTE  
EN EMERGENCIA**



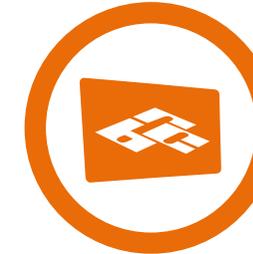
**AMBULANCIA POR  
EMERGENCIA POR  
ACCIDENTE**



**ASIST. EXEQUIAL  
POR MUERTE  
ACCIDENTAL**



**ORIENTACIÓN  
MÉDICA  
TELEFÓNICA**



**CLUB DE  
BENEFICIOS  
RAÚL COKA**

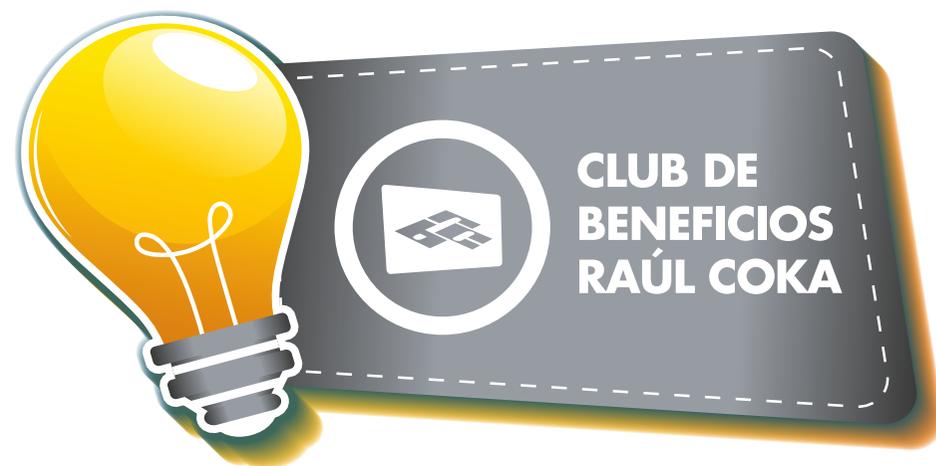


Si contrataste tu cobertura completa,  
**HAZ CLIC EN LOS SIGUIENTES ENLACES:**

**ESTUDIANTE  
CAMPUS MATRIZ**

**ESTUDIANTE  
EN LÍNEA - CAMPUS LOJA**

# CLUB DE BENEFICIOS RAÚL COKA



## Recibe descuentos y promociones en:



SALUD



REHABILITACIÓN



COMIDA



ADICIONALES

Consulta tus beneficios actualizados en:

<https://www.rcbaaps.com/club-de-beneficios>



Para acceder a las promociones y beneficios del Club, debes presentar la tarjeta física o tarjeta digital de Raúl Coka Barriga en el local aliado.

Para servicios médicos y odontológicos debes coordinar tu cita a través de nuestra Central de Asistencia Total (1800-911-000 / 09-99-911-911).

\*APLICA UNA PROMOCIÓN POR TARJETA POR LOCAL AL DÍA.

# RCB CONNECT



Escanea este  
código QR y  
descarga  
nuestra App:



***rcb connect***





raulcokabarriga

*Seguro sin complicaciones!*

El presente informativo de seguro está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones mencionadas en la póliza de seguro.

PARA MAYOR INFORMACIÓN, COMUNÍCATE A:

 1800-911-000  09-99-911-911



@raulcokabarriga