

SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA GRUPO CON BENEFICIO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO QUE EMITE METLIFE MÉXICO, S.A. DE C.V., REPRESENTADA POR MARCO ANTONIO RAMOS VEGA, GERENTE DE OPERACIÓN INSTITUCIONAL PÚBLICO, EN LO SUBSECUENTE DENÓMINADA “LA ASEGURADORA”, PARA PROTEGER A LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO, QUE LABORAN EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, ASÍ COMO JUBILADOS Y PENSIONADOS QUE SATISFAGAN LOS REQUISITOS PARA SU INCORPORACIÓN, EN ADELANTE IDENTIFICADO COMO “EL CONTRATANTE”, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES:

C L A U S U L A S

PRIMERA. OBJETO.

“LA ASEGURADORA” emite la presente póliza de seguro, con objeto de cubrir el riesgo de **Fallecimiento (Natural o Suicidio) o Desaparición, Incapacidad Total y Permanente** con los beneficios adicionales de **anticipo por Gastos Funerarios, Muerte Accidental (Doble Indemnización), Muerte Accidental Colectiva (Triple Indemnización), Accidente (Pérdidas Orgánicas, Escala “A”) y Anticipo de Suma Asegurada para Enfermedades Terminales** a **servidores públicos en activo de base, confianza operativo, confianza de mandos medios y superiores, residentes, en activo que se encuentren incluidos en el listado de asegurados que proporcione al final de cada mes “EL CONTRATANTE”,** así como al **personal que se le otorgue licencia médica (con derecho a sueldo mensual integrado parcial o se le conceda sin goce de sueldo mensual integrado),** y, sólo por el de **Fallecimiento (Natural o Suicidio),** a **Jubilados y Pensionados** que se encuentren incluidos en el listado de asegurados que proporcione al final de cada mes **“EL CONTRATANTE”,** cualquiera que sea su sexo u ocupación y sin necesidad de examen médico, a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y, posteriormente desde el día en que **“EL CONTRATANTE”** notifique la alta correspondiente.

El beneficio de suicidio solo aplica para la cobertura de Fallecimiento, no así para el resto de las coberturas.

Los servidores públicos que se encuentren en el ejercicio de una licencia médica continuarán protegidos, exentos de pago de prima por la cobertura básica, con cargo a las primas calculadas al inicio de la vigencia del seguro y durante todo el periodo de duración de la licencia médica respectiva, siempre y cuando la póliza de seguro se encuentre vigente. El servidor público continuará protegido por la cobertura básica y por el beneficio adicional de potenciación, cuando este haya sido previamente contratado en la misma póliza. No es extensivo para otro tipo de licencias que no sean “licencias médicas”.

La edad máxima de admisión para la incorporación a la cobertura de Fallecimiento o Desaparición y beneficios adicionales de Anticipo de Gastos Funerarios y Anticipo de Suma Asegurada para Enfermedades Terminales, posterior al inicio de vigencia de esta póliza será de noventa y nueve años y mínima de quince años.

Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente se cubrirá toda aquella que se derive de accidente o enfermedad profesional. Se establece la edad de noventa y nueve años como límite máximo de permanencia en la colectividad protegida por este beneficio. La edad mínima de aceptación será de quince años.

Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente originada por causas ajenas al desempeño del cargo o empleo del servidor público asegurado, se establece la edad de noventa y nueve años como límite máximo de permanencia en la colectividad protegida por este beneficio; en consecuencia, la persona de que se trate, a partir del mismo día en que cumpla cien años de edad, quedará solo protegida por el riesgo de Fallecimiento o Desaparición, con igual importe de prima. La edad mínima de aceptación será de quince años.

Las edades máximas de admisión para los beneficios adicionales de Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva y Accidente (Pérdidas Orgánicas Escala "A"), son de sesenta y cuatro años y mínima de quince años. Estos beneficios terminan automáticamente en el aniversario del contrato en que el asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.

Quedan excluidas de este seguro, las personas que presten sus servicios a "EL CONTRATANTE", mediante contrato sujeto a la legislación común, o que perciban sus emolumentos por honorarios o haberes.

Quedan excluidos de este seguro, las personas que se separen del servicio en favor de él, salvo que sea como consecuencia del ejercicio de su derecho para jubilarse o pensionarse de acuerdo con la ley y que deseen continuar aseguradas. También queda excluida la persona pensionada que, habiendo formado parte del grupo asegurado, se le dictamine incapacidad total y permanente.

Igualmente excluye de la colectividad asegurada integrada por personas jubiladas o pensionadas, a las que habiendo causado baja del servicio con derecho a pensión o jubilación.

DESAPARICIÓN.

En cuanto se tenga conocimiento de los casos de ausencia o de presunción de muerte del ausente (desaparición) de los asegurados activos o pensionados o jubilados, informaran a **“LA ASEGURADORA”**, para que inicie el procedimiento de pago de prima asegurada y potenciación, según corresponda en los términos y condiciones establecidas para los casos de Fallecimiento. Los beneficiarios deberán entregar a **“LA ASEGURADORA”** copia de la presunción de muerte del ausente según sea el caso, inscrita en el Registro Civil; así como los documentos solicitados para los casos de Fallecimiento.

Por lo que en estos casos la prescripción no surtirá efectos ante la imposibilidad de establecer una fecha cierta de la muerte de una persona secuestrada o desaparecida, por lo que la fecha que se tomará para efectos del contrato de seguro, en particular, es aquella en que la autoridad competente lo determine.

ANTICIPO POR GASTOS FUNERARIOS

“LA ASEGURADORA” pagará por una sola vez por concepto de anticipo para gastos funerarios, **\$90,000.00 (Noventa Mil Pesos 00/100 M.N.)** de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, a la primera persona que siendo designada como beneficiario en la póliza del seguro reclame este beneficio y presente el certificado médico de defunción.

El pago de dicho anticipo reduce proporcionalmente el de la suma asegurada por fallecimiento, respecto de aquel beneficiario que reclame y reciba expresamente el anticipo.

En ningún momento el importe del anticipo de la suma asegurada por fallecimiento podrá ser mayor al importe de suma asegurada por fallecimiento designado al beneficiario.

MUERTE ACCIDENTAL

Se entiende por muerte accidental, la ocasionada por lesiones corporales sufridas involuntariamente por el asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, siempre que el fallecimiento sobrevenga dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes al mismo en que el asegurado sufrió las lesiones.

Queda expresamente excluida del citado beneficio de muerte accidental, la muerte ocurrida como consecuencia de:

- 1. Acciones provocadas o realizadas intencionalmente por el asegurado.**
- 2. Suicidio, cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.**
- 3. Lesiones sufridas en cualquier clase de servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o similares.**
- 4. Lesiones sufridas al participar el asegurado como sujeto activo en la comisión de delitos intencionales.**
- 5. Enfermedades, padecimientos, infecciones o tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier naturaleza, salvo que sean motivados por lesiones accidentales.**
- 6. Lesiones sufridas al participar el asegurado en una riña, siempre que él haya sido provocador.**
- 7. Envenenamiento, inhalación de gas, intoxicación o reacción alérgica de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental, así como el fallecimiento que sufra el asegurado por culpa grave del mismo, a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de bebidas alcohólicas, al igual que aquella muerte producida como consecuencia o estando bajo el influjo de drogas, algún enervante, sicotrópico, estimulante o similares o, en cualquier estado de toxicomanía, salvo que aquél o aquéllos hayan sido prescritos por un médico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión.**
- 8. Accidentes que ocurran al asegurado por participación directa de éste en la celebración de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier clase.**
- 9. Accidentes sufridos mientras el asegurado se encuentre desempeñándose como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier**

aeronave o cuando viaje como pasajero en avión de compañía no autorizada o en viaje de itinerario no regular.

10. Accidentes sufridos por el asegurado en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares, salvo si su uso es ocasional.
11. Accidentes que sufra el asegurado mientras se encuentre en el ejercicio de las actividades propias de su profesión u oficio de operador de maquinaria pesada, instalador de torres o estructuras metálicas.
Esta exclusión no aplica para el personal operativo que como herramienta de trabajo utilice montacargas y que dicha condición sea comprobable.
12. Accidentes que sufra el asegurado mientras se encuentre en la realización de actividades de cirquero, boxeador, buzo, alpinista, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier clase de deporte aéreo.

En los riesgos de aviación, el beneficio adicional por muerte accidental ampara al asegurado únicamente en el caso de que el accidente ocurra en una línea autorizada, de una compañía autorizada, en un medio de transporte autorizado y en viaje de itinerario regular.

MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

Para efectos del beneficio adicional de muerte accidental colectiva, se conviene que se entenderá como tal, la muerte del asegurado dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes al mismo en que sufra una lesión corporal involuntaria, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, al:

- a) Viajar como pasajero en cualquier vehículo público que se accidente, que no sea aéreo o marítimo, operado sobre una ruta establecida normalmente para el servicio de pasajeros y sujeto a itinerarios regulares;
- b) Viajar como pasajero en un ascensor que opere para servicio al público, con exclusión de los ascensores en las minas; o,
- c) Encontrarse en cualquier cine, teatro, restaurante, hotel u otro edificio de acceso al público, que sufra un incendio, derrumbe o temblor.

BENEFICIO POR ACCIDENTE

Para los efectos del beneficio por accidente, se entenderá por:

- **Accidente o consecuencia de él** y, por ende quedará cubierta, toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, que le produzca la pérdida de miembros o de la vista, dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes al mismo en que suceda dicho acontecimiento.

- **Pérdida de una mano**, su separación completa o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.
- **Pérdida de un pie**, su separación completa o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- **Pérdida de la vista de un ojo**, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.
- **Pérdida de la vista**, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ambos ojos.
- **Pérdida del pulgar e índice**, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas en cada dedo.

El beneficio por accidente no se concederá, si la pérdida de miembros o de la vista que sufra el asegurado, es debida directamente, en todo o en parte, a enfermedades de cualquier naturaleza o a lesiones sufridas en riña, siempre que él haya sido el provocador, o en la comisión de actos delictuosos, intento de suicidio, en cualquier clase de servicio militar, actos de guerra, rebelión, revolución, insurrección o similares, enfermedades corporales o mentales de cualquier clase, tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados directamente por las lesiones a que este beneficio adicional se refiere, tomáinas o infecciones bacteriales, excepto de infecciones biogénicas que acontezcan simultáneamente con y como resultado de una cortada o herida por accidente, así como aquélla sufrida por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas, drogas, enervantes, sicotrópicos, o en cualquier estado de toxicomanía, salvo que hayan sido prescritos por un médico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión.

En los riesgos de aviación, los citados beneficios adicionales amparan únicamente al asegurado, en el caso de que el accidente ocurra en una línea autorizada, de una compañía autorizada, en un medio de transporte autorizado y en viaje de itinerario regular.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Para efectos del beneficio adicional de incapacidad total y permanente, se conviene que el mismo operará en el caso de que el asegurado sufra la pérdida de la vista, de las dos manos o de los dos pies o, de una mano y un pie o, de una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

También se entiende por incapacidad total y permanente, la que inhabilite al asegurado para el desarrollo de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, de una manera total y permanente, por accidente o enfermedad a que esté expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo o, por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo. En todo caso, el dictamen correspondiente deberá ser emitido por **el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.**

La fecha de siniestro para el caso de incapacidad total y permanente será la fecha de baja.

La cobertura de incapacidad total y permanente será únicamente dictaminada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, “**LA ASEGURADORA**” hace constar que, en caso de que algún dictamen de incapacidad total y permanente derive de mandamiento expedido por alguna autoridad, en procedimientos o procesos del orden judicial, administrativo y/o, arbitral, en el cual “**LA ASEGURADORA**” no hubiere formado parte, ésta estará facultada para revisar y verificar la procedencia de la reclamación en la forma e instancia que la misma considere procedente.

Se conviene que se entenderá por pérdida de:

- **La vista**, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ambos ojos.
- **Una mano**, su separación completa o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.
- **Un pie**, su separación completa o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- **La vista de un ojo**, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Para los efectos de esta póliza, se entenderá por incapacidad total y permanente:

- a) La incapacidad que sufra el asegurado de una manera total y permanente, por accidente o enfermedad a que este expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo, que lo inhabilite para su desempeño; o
- b) La incapacidad total y permanente, que inhabilite al asegurado para el desarrollo de su trabajo, por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo.

Se pacta expresamente que la cobertura de incapacidad total y permanente, no comprende la que derive de lesiones que se hubiere provocado intencionalmente el asegurado, ni la que resulte de lesiones sufridas por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares no prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

El pago de la suma asegurada de la cobertura de vida excluye el de la de incapacidad total y permanente y, el de esta última, al primero.

ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA ENFERMEDADES TERMINALES.

Para efectos del beneficio adicional de ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA ENFERMEDADES TERMINALES, se conviene que se considera como enfermedad en fase terminal todo padecimiento con diagnóstico definitivo, cuyo pronóstico sea fatal o mortal en un lapso de tiempo que puede ser desde unos días hasta un año.

A su vez, para los efectos de este beneficio, se conviene que las enfermedades terminales consideradas en este beneficio son:

- 1 Cáncer
- 2 Insuficiencia cardiaca
- 3 Insuficiencia hepática crónica
- 4 Insuficiencia renal crónica
- 5 Insuficiencia respiratoria crónica
- 1) Cáncer: Enfermedad crónica degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor y que es capaz de matar al huésped mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local.

Se considera terminal cuando se declara al paciente fuera de tratamiento oncológico, esto es, que no es candidato a quimioterapia, cirugía o radioterapia con fines curativos, aunque si lo sea con fines paliativos.

- 2) Insuficiencia cardiaca: Incapacidad del corazón para funcionar normalmente.

Es el caso fisiopatológico en el que una anomalía cardíaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de la metabolización, solo lo consigue a expensas de un volumen diastólico anormalmente elevado, o ambas cosas a la vez.

Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección de 25% o menos del ventrículo izquierdo.

- 3) Insuficiencia hepática crónica: Incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como de los desechos de la sangre a un ritmo normal, en las formas graves la alteración de la función, se acompaña de alteraciones mentales que van desde la confusión hasta el coma.

Se considera terminal cuando se llega a la Clase funcional Child C.

- 4) Insuficiencia Renal Crónica (IRC): Es el estado de enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regularización hidroelectrolítica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta.

Se considera terminal cuando el paciente tiene 8 mg o más de creatinina sérica o está en procedimiento dialítico sin posibilidades de trasplante renal.

- 5) Insuficiencia respiratoria crónica: Es la pérdida de equilibrio del proceso de ventilación mediante el cual los pulmones rellenan el gas de los alvéolos ocasionando una disminución de la función ventilatoria y por consiguiente del volumen gaseoso contenido dentro de los pulmones en determinadas circunstancias y velocidad con que puede ser expedito del pulmón, independientemente de la causa.

SEGUNDA. SUMA ASEGURADA.

“**LA ASEGURADORA**” pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del **Fallecimiento o Desaparición o Incapacidad Total y Permanente** del asegurado, dentro de la vigencia de esta póliza, el monto equivalente a **cuarenta veces el sueldo mensual integrado que se conforma por: sueldo base + compensación garantizada + percepción residente + percepción pregrado**, que perciba el asegurado al momento de ocurrir el siniestro.

Los siniestros por fallecimiento se indemnizarán en función del sueldo mensual integrado que haya sido reportado por parte de “**EL CONTRATANTE**”, conforme a la última nómina reportada a “**LA ASEGURADORA**”.

Tratándose de asegurados que no se encuentren incluidos en la nómina que sirvió de base para el pago de prima y registro de la colectividad, la Subdirección de Personal de **“EL CONTRATANTE”** deberá enviar certificación en la cual establezca la fecha de ingreso del asegurado, el sueldo mensual integrado percibido, remitir copia de los recibos de pago emitidos así como la hoja única de servicios y/o expediente electrónico único SINAVID (Sistema Nacional de Afiliación y Vigencia de Derechos) o a efecto de que **“LA ASEGURADORA”** realice el cálculo del monto de prima adecuada que le deberá ser cubierta por el **“EL CONTRATANTE”** en el ajuste anual, mismo que servirá para determinar la suma asegurada correcta.

El pago del importe total de la mencionada suma asegurada, se llevará a cabo en una sola exhibición, directamente a los beneficiarios designados por el asegurado para el caso de su Fallecimiento o Desaparición; tratándose de incapacidad total y permanente, al propio asegurado o a su representante legal, según corresponda.

El pago de la suma asegurada de la cobertura de vida excluye el de la incapacidad total y permanente y, el de esta última, al primero.

Los siniestros por Incapacidad Total y Permanente, se indemnizarán con el promedio de los últimos doce meses de sueldo mensual integrado, el cual deberá estar sustentado con los talones **quincenales** de pago y conservar relación con la última nómina reportada a **“LA ASEGURADORA”** así como la presentación del documento emitido por **“EL CONTRATANTE”** en donde establece la baja de la pensión por incapacidad total y permanente.

En el caso de cuentas individuales los siniestros por Incapacidad Total y Permanente, se indemnizarán con el promedio de los últimos treinta y seis meses de sueldo mensual integrado, el cual deberá estar sustentado con los talones **quincenales** de pago y conservar relación con la última nómina reportada a **“LA ASEGURADORA”**, así como la presentación del documento emitido por **“EL CONTRATANTE”** en donde establece la baja de la pensión por incapacidad total y permanente.

Aquellos asegurados que ya cuentan con el dictamen de invalidez emitido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, **no podrán acceder a ningún plan de potenciación.**

Para efectos del beneficio adicional de incapacidad total y permanente, se conviene que el mismo operará en el caso de que el asegurado sufra la pérdida de la vista, de las dos manos o de los dos pies o, de una mano y un pie o, de una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

También se entiende por incapacidad total y permanente, la que inhabilite al asegurado para el desarrollo de su trabajo habitual, de una manera total y permanente, por accidente o enfermedad a que esté expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo o, por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo. En todo caso, el dictamen correspondiente deberá ser emitido por **el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.**

La fecha de siniestro para el caso de incapacidad total y permanente será la fecha de baja.

La cobertura de incapacidad total y permanente será únicamente dictaminada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, “**LA ASEGURADORA**” hace constar que, en caso de que algún dictamen de incapacidad total y permanente derive de mandamiento expedido por alguna autoridad, en procedimientos o procesos del orden judicial, administrativo y/o, arbitral, en el cual “**LA ASEGURADORA**” no hubiere formado parte, ésta estará facultada para revisar y verificar la procedencia de la reclamación en la forma e instancia que la misma considere procedente.

Se conviene que se entenderá por pérdida de:

- **La vista**, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ambos ojos.
- **Una mano**, su separación completa o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella.
- **Un pie**, su separación completa o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- **La vista de un ojo**, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Para los efectos de esta póliza, se entenderá por Incapacidad Total y Permanente:

- a) La incapacidad que sufra el asegurado de una manera Total y Permanente, por accidente o enfermedad a que este expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo, que lo inhabilite para su desempeño; o
- b) La incapacidad total y permanente, que inhabilite al asegurado para el desarrollo de su trabajo, por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo.

Se pacta expresamente que la cobertura de incapacidad total y permanente, no comprende la que derive de lesiones que se hubiere provocado intencionalmente el asegurado, ni la que resulte de lesiones sufridas por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares no prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

En todo caso, el dictamen de incapacidad total y permanente deberá ser expedido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

A efecto de que “LA ASEGURADORA” resuelva sobre la solicitud de pago de siniestro, el asegurado o su beneficiario, según corresponda, deberá entregarle constancia de baja del servicio del asegurado, expedida por “EL CONTRATANTE”.

“LA ASEGURADORA” pagará por concepto de ANTICIPO POR GASTOS FUNERARIOS \$90,000.00 (Noventa Mil Pesos 00/100 M.N.) de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, a la primera persona que siendo designada como beneficiario en la póliza del seguro reclame este beneficio y presente el certificado médico de defunción.

El pago de dicho anticipo reduce proporcionalmente el de la suma asegurada por fallecimiento, respecto de aquel beneficiario que reclame y reciba expresamente el anticipo.

Si dentro de la vigencia del beneficio adicional de MUERTE ACCIDENTAL, se produce en un accidente o a consecuencia de él, el fallecimiento del asegurado, “LA ASEGURADORA” pagará con sujeción a lo estipulado en la presente póliza y por una sola vez, una cantidad adicional por igual importe al de la suma asegurada pactada para el caso de muerte del asegurado, es decir, se pagará un total del ochenta veces el sueldo mensual integrado (sueldo base + compensación garantizada + percepción residente + percepción pregrado), que perciba el asegurado al momento del siniestro.

Se conviene para efectos del beneficio adicional de MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA, que “LA ASEGURADORA” pagará por concepto de suma asegurada, de acuerdo a lo pactado en el presente instrumento y por una sola vez, ochenta veces el sueldo mensual integrado (sueldo base + compensación garantizada + percepción residente + percepción pregrado), que perciba el asegurado al momento del siniestro, adicionales a la cobertura básica, es decir, que en caso de muerte accidental de un trabajador, “LA ASEGURADORA”, pagará un total de ciento veinte veces

el sueldo mensual integrado (sueldo base + compensación garantizada + percepción residente + percepción pregrado), que perciba el asegurado al momento del siniestro incluyendo la cobertura de fallecimiento y muerte accidental.

En el caso de que dentro de la vigencia del beneficio por **ACCIDENTE**, el asegurado sufra la pérdida de miembros o de la vista en un accidente o a consecuencia de él, el monto de la indemnización máxima contratada para este beneficio, equivalente al importe de la suma asegurada pactada para el caso de muerte del asegurado, es decir, **cuarenta veces el sueldo mensual integrado que se conforma por: sueldo base + compensación garantizada + percepción residente + percepción pregrado**, será otorgado con sujeción a lo estipulado en la presente póliza de acuerdo al tipo de lesión que sufra el propio asegurado, tal como se indica a continuación:

Escala de Indemnización “A”.

- **Por la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de la vista en ambos ojos, una cantidad igual al 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.**
- **Por la pérdida de una mano y de un pie, una cantidad igual al 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.**
- **Por la pérdida de una mano o de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, una cantidad igual al 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.**
- **Por la pérdida de una mano o de un pie, una cantidad igual al 50% (cincuenta por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.**
- **Por la pérdida de la vista de un ojo, una cantidad igual al 30% (treinta por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.**
- **Por la pérdida de los dedos pulgar e índice de una misma mano, una cantidad igual al 25% (veinticinco por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.**

Cuando sean varias las pérdidas o disfunciones ocurridas al asegurado dentro de la vigencia de la presente póliza, en uno o en varios accidentes, “LA ASEGURADORA” pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, incluyendo, en su caso, el de muerte accidental, sin que el total de las indemnizaciones rebase la suma asegurada pactada para el beneficio por muerte accidental y el beneficio por accidente. Una vez agotada la suma asegurada, el beneficio por accidente se cancelará automáticamente.

En caso de que dentro de la vigencia del beneficio adicional de **ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA ENFERMEDADES TERMINALES** el asegurado sea diagnosticado de alguna enfermedad

terminal, se otorgará por este beneficio al asegurado por una sola vez, el anticipo del **50% (Cincuenta por ciento)** de la suma asegurada por fallecimiento, para que cuente con el apoyo económico que le ayude a solventar los gastos que se deriven al diagnosticarle una enfermedad terminal.

El pago de dicho anticipo reduce proporcionalmente el de la suma asegurada por fallecimiento.

La suma asegurada a considerarse en el anticipo de **50% (Cincuenta por ciento)** es la suma total con la que cuenta el servidor público al momento del siniestro.

“LA ASEGURADORA” se reserva el derecho que ejercerá, si lo considera necesario, de solicitar los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada; el pago de este beneficio no es ni presupone una aceptación al siniestro ocurrido, por lo que en el supuesto de que el siniestro fuera improcedente, “LA ASEGURADORA” se reserva el derecho de acción jurídica en contra del beneficiario que reclamó y recibió indebidamente la cantidad de anticipo.

TERCERA. SUMA ASEGURADA PARA JUBILADOS O PENSIONADOS.

“LA ASEGURADORA” pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del **FALLECIMIENTO O DESAPARICIÓN** del jubilado o pensionado asegurado, dentro de la vigencia de este instrumento, el monto equivalente a **18 veces el importe de su pensión mensual** al momento de ocurrir el siniestro.

El pago de la mencionada suma asegurada, se llevará a cabo en una sola exhibición, directamente a los beneficiarios designados por el asegurado.

No podrá potenciar la suma asegurada el personal pensionado y jubilado.

CUARTA. PRIMA.

El importe de la **prima mensual** a pagar por cada asegurado, será la cantidad equivalente al [REDACTED] de su **sueldo mensual integrado que se conforma por: sueldo base + compensación garantizada + percepción residente + percepción pregrado**, que será cubierto por **“EL CONTRATANTE”**.

En el caso de los jubilados o pensionados asegurados, el monto de la prima mensual a pagar por cada uno de ellos será la cantidad equivalente al [REDACTED] de su pensión mensual, que se cubrirá por cada pensionado a través de **“EL CONTRATANTE”**.

ESQUEMA DE AJUSTE POR SINIESTRALIDAD.

En caso de insuficiencia del importe de prima con relación al costo de la siniestralidad, “**LA ASEGURADORA**”, evaluará al término del trimestre el comportamiento conforme a lo siguiente:

2014-2019:

Si durante la vigencia de la póliza el importe acumulado de los siniestros reclamados y ocurridos a partir de enero 2014 y hasta el mes de diciembre de 2019 y reclamados en vigencias posteriores, dividido entre el importe acumulado de la prima pagada y el ajuste de prima correspondiente a dicha vigencia es mayor al ■■■■, “**EL CONTRATANTE**” pagará la diferencia de prima para llegar a los ■■■■ de los siniestros reclamados y ocurridos. Este cálculo se hará de forma trimestral durante la vigencia de la póliza así como de las prórrogas y/o renovaciones correspondientes y se entregará dentro de los 30 días hábiles posteriores al fin de cada trimestre. “**EL CONTRATANTE**” pagará el adeudo calculado dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción del cálculo del adeudo.

2020:

Si durante la vigencia de la póliza el importe acumulado de los siniestros reclamados y ocurridos a partir de enero de 2020, dividido entre el importe acumulado de la prima pagada y el ajuste de prima correspondiente a dicha vigencia es mayor al ■■■■, “**EL CONTRATANTE**” pagará la diferencia de prima para llegar a los ■■■■ de los siniestros reclamados y ocurridos. Este cálculo se hará de forma trimestral durante la vigencia de la póliza así como de las prórrogas y/o renovaciones correspondientes y se entregará dentro de los 30 días hábiles posteriores al fin de cada trimestre. “**EL CONTRATANTE**” pagará el adeudo calculado dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción del cálculo del adeudo.

2021:

Si durante la vigencia de la póliza el importe acumulado de los siniestros reclamados y ocurridos a partir de enero 2021, dividido entre el importe acumulado de la prima pagada y el ajuste de prima correspondiente a dicha vigencia es mayor al ■■■■, “**EL CONTRATANTE**” pagará la insuficiencia de prima para llegar al ■■■■ de los siniestros reclamados y ocurridos. Este cálculo se hará de forma trimestral durante la vigencia de la póliza, así como de las prórrogas y/o renovaciones correspondientes y se entregará dentro de los 30 días hábiles posteriores al fin de cada trimestre. “**EL CONTRATANTE**” pagará el adeudo calculado dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción del cálculo del adeudo.

A partir del año 2022:

Si durante la vigencia de la póliza el importe acumulado de los siniestros reclamados y ocurridos a partir de enero 2022, dividido entre el importe acumulado de la prima pagada y el ajuste de prima correspondiente a dicha vigencia es mayor al ■■■■, “EL CONTRATANTE” pagará la insuficiencia de prima para llegar al ■■■■ de los siniestros reclamados y ocurridos. Este cálculo se hará de forma trimestral durante la vigencia de la póliza, así como de las prórrogas y/o renovaciones correspondientes y se entregará dentro de los 30 días hábiles posteriores al fin de cada trimestre. “EL CONTRATANTE” pagará el adeudo calculado dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción del cálculo del adeudo.

En caso de que la póliza ya no se renueve con “LA ASEGURADORA”, los siniestros ocurridos no reportados se consideraran como parte de la siniestralidad reclamada en la vigencia en la que ocurrió en “LA ASEGURADORA” por lo que hasta que no dejen de presentarse reclamaciones de siniestros ocurridos no reportados “EL CONTRATANTE” pagará la cantidad de prima correspondiente al cálculo del monto deudor que se actualizará de forma trimestral. “EL CONTRATANTE” pagará el adeudo calculado dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción del cálculo del adeudo.

Ante la falta de pago “LA ASEGURADORA” podrá compensar del monto de la suma asegurada que resulte procedente en función de los beneficiarios, el monto total o parcial de la prima adeudada, de conformidad con el artículo 33 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El ajuste deberá pagarlo en un plazo de 30 días hábiles contados a partir de la entrega del recibo correspondiente.

En caso de no realizar el pago de prima en el término establecido, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 40 sobre la Ley del Contrato de Seguro la póliza cesará en sus efectos a partir de las 12 horas del día siguiente a aquel en que debió pagarse la prima, sin necesidad de notificación alguna.

A efecto de otorgar mayor claridad al esquema de pago se anexa al presente, el documento denominado **REGLAS PARA LA GENERACION DE RESERVAS Y LIBERACION DE PAGO DE LAS PÓLIZAS PB4001, PB4002, PB4005 Y PB4006 RECLAMADOS A PARTIR DEL 2014**, bajo el cual será operado las reclamaciones que en la póliza de seguro se presenten.

La prima se calculará para períodos anuales del seguro, se revisará y ajustará antes si se presentan condiciones catastróficas o desviaciones estadísticas y se cubrirá de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

Con independencia de lo estipulado en la cláusula cuarta de esta póliza, en cualquier aniversario de la prima en que ésta llegue a ser insuficiente para soportar los costos del presente seguro y, consecuentemente, no sea factible garantizar con un elevado grado de certidumbre el cumplimiento de las obligaciones asumidas mediante esta póliza, “EL CONTRATANTE” y “LA ASEGURADORA”, dentro de los treinta días naturales previos al vencimiento del aniversario de prima de que se trate, resolverán si se ajusta el monto de la prima y/o de la suma asegurada o acordarán cualquier otra medida que permita, en su caso, la continuidad del presente seguro bajo condiciones técnicas y financieras sanas. De no lograrse un acuerdo entre las partes citadas, la vigencia de esta póliza se dará por terminada al vencimiento del aniversario de prima de que se trate.

PAGOS RETROACTIVOS DE PRIMAS.

Siempre y cuando se haya realizado el descuento al servidor público o pensionado correspondiente a la prima básica o, en su caso, potenciada y “LA ASEGURADORA” argumente no haber recibido dicho pago por parte de “EL CONTRATANTE”, bastará que el servidor público o el pensionado presente ante “LA ASEGURADORA” su recibo de pago que refleje el descuento del seguro para que “LA ASEGURADORA” acepte el pago retroactivo de las primas.

Procedimiento para el pago retroactivo de primas por cobertura básica y por el beneficio adicional de potenciación por Licencia médica de los Servidores Públicos.

- a) Licencia por enfermedad **con goce de sueldo**: “EL CONTRATANTE” en este supuesto, pagará la prima de acuerdo con el procedimiento de pago establecido en el procedimiento administrativo y descontarán de la percepción del trabajador lo correspondiente **al beneficio adicional de potenciación**, para que dicha cantidad sea entregada a “LA ASEGURADORA”.
- b) Licencia por enfermedad **sin goce de sueldo**: En este supuesto, cuando el trabajador se encuentre sin goce de sueldo por ubicarse en la fracción que le corresponda del artículo 37 de la Ley del ISSSTE, se pagará el importe total de la prima por cobertura básica y por el beneficio adicional de potenciación (en su caso), hasta en tanto el trabajador se reincorpore a laborar, de

acuerdo con el procedimiento de pago establecido en el procedimiento administrativo. El pago de ambas primas (básica y potenciación), será al 100% a cargo del trabajador.

Si durante el periodo de licencia médica, el trabajador tiene un siniestro, el pago correspondiente estará sujeto al siguiente proceso:

- I. **“LA ASEGURADORA”** en caso de identificar la falta de pago de primas, solicitará a **“EL CONTRATANTE”** que valide la existencia del pago de primas faltantes; las cuales tendrán como retroactividad únicamente el periodo de prescripción según aplique. Una vez confirmada la inexistencia de pago de primas **“EL CONTRATANTE”** proporcionará al trabajador o beneficiario, el documento con el que acredite que en ese periodo estuvo de licencia el trabajador. Al mismo tiempo, le proporcionará a **“LA ASEGURADORA”** el último sueldo mensual integrado que percibió el trabajador antes de la licencia, así como la confirmación de si tiene (tenía) contratado el beneficio adicional de potenciación, para que **“LA ASEGURADORA”** concilie esta información en su sistema. Una vez conciliada la información e identificando el monto pendiente de pago de primas, **“LA ASEGURADORA”** lo notificará a **“EL CONTRATANTE”**, para que se proceda al pago de la prima correspondiente por parte del trabajador o sus beneficiarios, según corresponda a **“LA ASEGURADORA”**, para que ésta proceda al pago del siniestro.

- II. Cuando el monto de la indemnización sea inferior al monto de la prestación debida, se emitirá rechazo por parte de **“LA ASEGURADORA”**.

QUINTA. SUELDO MENSUAL INTEGRADO Y PENSIÓN.

El sueldo mensual integrado y la pensión mensual que servirán de base para determinar el importe de las primas y el de las sumas aseguradas a que se hace referencia en esta póliza, serán el sueldo mensual integrado y la pensión que **“EL CONTRATANTE”** comunique por escrito a **“LA ASEGURADORA”**.

SEXTA. OBLIGACIONES DE “EL CONTRATANTE”.

“EL CONTRATANTE” se obliga principalmente a:

- a). Recabar debidamente requisitados, los consentimientos de los asegurados y su designación de beneficiarios, vigilando que se exprese el nombre del asegurado, su fecha de nacimiento y su Registro Federal de Contribuyentes, o lo que establezca la normatividad aplicable vigente.
- b). La administración de los formatos de designación de beneficiarios elaborados en la vigencia de la póliza estará a cargo de **“EL CONTRATANTE”**.
- c). Informar por escrito a **“LA ASEGURADORA”**, dentro de los treinta días naturales siguientes al mismo en que se operen, los movimientos de sueldo mensual integrado, así como remitir la actualización del registro de asegurados objeto de cobertura, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 13 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades al final de cada mes. El registro de asegurados deberá consignar al menos la información siguiente: listado de asegurados que consigne nombre, R.F.C o fecha de nacimiento y sexo; puesto; sueldo mensual integrado que sirve como referencia tanto para el pago de prima de seguro como de suma asegurada y las modificaciones al número de plazas totales correspondiente a los integrantes de la colectividad asegurada junto con lo indicado en el documento anexo denominado **“PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO”**.

“EL CONTRATANTE” a través de la subdirección de personal deberá realizar la entrega de la información de nómina actualizada de la colectividad asegurada que “EL CONTRATANTE” tenga registrado en el sistema de nóminas por las diversas unidades administrativas y por separado el archivo de Licencias Médicas, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes considerando la información de cada quincena; dicha información se entregará en CD con el correspondiente oficio al Gerente de Operación Institucional Público de “LA ASEGURADORA”; así como al titular de la Subdirección de Administración de Riesgos Institucionales y Fianzas y el responsable de la Jefatura de Servicios de Administración de Riesgos de Automóviles y Accidentes Personales de “EL CONTRATANTE”; el cual deberá indicar las cifras control de la información reportada, considerando para ello archivos en formato Excel, conforme al LAYOUT indicado en el documento anexo denominado “PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO”.

Para casos de asegurados que se encuentren ejerciendo periodos de “licencias médicas”, se deberá reportar mensualmente en LAYOUT establecido y deberá corresponder al último sueldo percibido al 100%.

El consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios a que se hace referencia en el inciso a) de esta cláusula, será enviado por **“EL CONTRATANTE”** a **“LA ASEGURADORA”**, dentro de los quince días naturales siguientes al mismo en que **el servidor público** firme el nombramiento.

Tratándose de jubilados o pensionados previamente y a partir del inicio de vigencia de esta póliza, que queden protegidos por la misma, **“EL CONTRATANTE”** recabará los consentimientos de dichos asegurados y la designación de beneficiarios, vigilando que se exprese el nombre del pensionado o jubilado, su fecha de nacimiento y su Registro Federal de Contribuyentes o lo que establezca la normatividad aplicable vigente.

El servidor público requisitará el formato denominado “Designación de Beneficiarios” establecido en 4 tantos mismos que serán sellados por **“EL CONTRATANTE”**. El primero se entregará al Área de Personal que corresponda a la adscripción del asegurado, el segundo lo conservará el asegurado, el tercero se quedará en resguardo de **“EL CONTRATANTE”** y el cuarto será enviado a **“LA ASEGURADORA”**.

A efecto de llevar una mayor claridad para la administración del programa del presente seguro se anexa al presente, el documento denominado **“PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO”**.

SÉPTIMA. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Cualquier miembro del grupo asegurado podrá hacer designación de beneficiarios, mediante notificación por escrito que deberá entregar a **“LA ASEGURADORA”**. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y se pague el importe del seguro al último beneficiario de que **“LA ASEGURADORA”** haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

En cualquier momento los asegurados pueden renunciar al derecho que tienen de cambiar de beneficiario, haciendo su designación con carácter de irrevocable. Para que dicha renuncia surta sus efectos, deberá hacerse constar forzosamente en el certificado respectivo, debiendo comunicarla el asegurado por escrito al beneficiario y a **“LA ASEGURADORA”**, enviando a ésta el certificado para su anotación.

Cuando no exista beneficiario designado o si sólo se hubiere nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el asegurado y no exista designación de otro beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado al derecho de revocar la designación de beneficiarios.

Cuando existan varios beneficiarios, la parte del que fallezca antes o al mismo tiempo que el asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

En el caso de nuevas altas “EL CONTRATANTE” y “LA ASEGURADORA”, dispondrán de un plazo no mayor a ciento veinte días naturales, contado a partir de que inicie la vigencia de esta póliza, para recabar el consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios de los asegurados, así como de los pensionados y jubilados, protegidos mediante esta póliza.

El personal autorizado para la firma y certificación de las Designaciones de Beneficiarios por parte de “EL CONTRATANTE” será el Administrador del Contrato y/o Autoridades facultadas dentro de su Manual de Organización Interno.

OCTAVA. BAJA DEL SERVICIO.

Al separarse el asegurado del servicio activo en favor de “EL CONTRATANTE”, automáticamente causará baja de este seguro, salvo que dicha separación tenga como causa inmediata la jubilación o pensión del asegurado y éste desee continuar asegurado, para lo cual, deberá pagar el importe de la prima a través de “EL CONTRATANTE”. Este derecho deberá ejercerse a más tardar, dentro de los noventa días naturales siguientes a aquel en que la persona de que se trate cause baja del servicio activo.

Si el asegurado fallece durante el proceso de cambio de condición a jubilado, el pago del siniestro se realizará con la designación de beneficiarios que realizó cuando era activo; y, en caso de que se rebasen los 90 días posteriores al día de la separación y el asegurado fallezca sin haber realizado designación de beneficiarios en su calidad de jubilado, el pago del siniestro se realizará de acuerdo a la sucesión que legalmente aplique para el asegurado.

La persona pensionada que habiendo formado parte del grupo asegurado se le dictamine incapacidad total y permanente, queda excluida del beneficio de seguir asegurada.”

NOVENA. SEPARACIÓN DEL GRUPO.

En caso de separación definitiva del grupo asegurado, la persona de que se trate, sin examen médico y por una sola vez, podrá continuar protegida pasando a formar parte de la cartera de seguro de vida individual de “LA ASEGURADORA”, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la misma. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a “LA ASEGURADORA”, dentro de los treinta días naturales siguientes a su separación.

En virtud de que el seguro a que se refiere esta póliza tiene un costo más reducido, por la forma de operación, el cambio de plan traerá aparejado un aumento en el monto de la prima, que le será comunicado por escrito al solicitante por “LA ASEGURADORA” y se fijará de acuerdo a la tarifa aplicable, en razón de su edad, sexo y ocupación.

DÉCIMA. PAGO DE SUMA ASEGURADA.

Al ocurrir el **FALLECIMIENTO** o la **DESAPARICIÓN** del asegurado, “LA ASEGURADORA” pagará a los beneficiarios designados el monto de la suma asegurada que corresponda, dentro de los doce días hábiles siguientes a aquel en que se acuse de recibo la documentación completa de las reclamaciones realizadas. Para tal efecto, el o los beneficiarios deberán entregar la documentación siguiente:

- a) Original de la “solicitud única para el pago del siniestro” por cada uno de los familiares y/o beneficiarios con firma coincidente.
- b) Original de “hoja única de servicios y/o expediente electrónico único SINAVID (Sistema Nacional de Afiliación y Vigencia de Derechos)” y “baja oficial” indicando el motivo con sellos y firmas originales.

- c) Original de la identificación oficial vigente con fotografía del asegurado o constancia emitida por autoridad competente.
- d) Original de la identificación oficial vigente con fotografía de los beneficiarios o constancia emitida por autoridad competente.
- e) Comprobante de domicilio de los beneficiarios.
- f) Original o copia certificada del acta de defunción del asegurado.
- g) Copia certificada de la presunción de muerte de la ausente inscrita en el registro civil (en caso de que aplique).
- h) Original del último talón de pago del sueldo del asegurado a la fecha de baja. Para el caso de jubilados o pensionados, comprobante del último pago de pensión que hubiese percibido.
- i) Original de constancia de sueldos y percepciones indicando el periodo de licencias médicas, reportando el último sueldo percibido al 100%. (en caso de que aplique).
- j) Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.
- k) Original o copia certificada del documento que acredite la relación del beneficiario con el asegurado
- l) Última designación de beneficiarios elaborada por el asegurado con sello de recepción por parte de **“EL CONTRATANTE”**.
- m) Original de juicio sucesorio testamentario o intestamentario (en caso de que aplique).
- n) Copia certificada del proceso de laudo donde se establezca el dictamen a favor del asegurado, confirmando la reinstalación de prestaciones señalado el periodo correspondiente a esta reinstalación. (en caso de que aplique).
- o) Copia certificada de las actuaciones del ministerio público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de los hechos, informe de la policía judicial, declaración de los testigos presenciales, parte del accidente. (en caso de que aplique).

“LA ASEGURADORA” pagará la suma asegurada mediante cheque nominativo a través de sus centros de servicio o por medio de transferencia electrónica de fondos, para lo cual el beneficiario deberá presentar una copia del estado de cuenta bancario (no mayor a tres meses de antigüedad) en el que se identifique la CLABE interbancaria y el nombre de la institución financiera.

En caso de siniestro, toda solicitud de pago de suma asegurada deberá, además de satisfacer los requisitos aplicables a cada caso, acompañarse de la hoja única de servicios y/o expediente electrónico único SINAVID (Sistema Nacional de Afiliación y Vigencia de Derechos), así como de constancia desglosada de percepciones y deducciones expedida por **“EL CONTRATANTE”** de acuerdo al último sueldo mensual integrado que el servidor público percibió al 100% antes de iniciar su periodo de **licencias médicas**, mismo que será la base para el cálculo de la suma asegurada, en la que avale que el

día de la ocurrencia del siniestro, el asegurado se encontraba efectivamente amparado por licencia médica expedida por **“EL CONTRATANTE”**, cubriendo los periodos al descubierto de percepción en los términos señalados.

En caso de fallecimiento en el extranjero, y en el supuesto de que no se expidan actas de defunción, **“LA ASEGURADORA”** aceptará el documento expedido por la autoridad del país donde falleció.

Para el pago de la suma asegurada por **Incapacidad Total y Permanente** del servidor público asegurado, deberá entregar a **“LA ASEGURADORA”** copia certificada del dictamen médico de incapacidad total y permanente, expedido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el cual contará con sello de aprobado en original por parte del Comité de Medicina del Trabajo y además la documentación siguiente:

- a) Original de la “solicitud única para el pago del siniestro” con firma coincidente, en su caso por el asegurado.
- b) Original de “hoja única de servicios y/o expediente electrónico único SINAVID (Sistema Nacional de Afiliación y Vigencia de Derechos)” y “baja oficial” indicando el motivo con sellos y firmas originales.
- c) Original de la identificación oficial vigente con fotografía del asegurado o constancia emitida por autoridad competente.
- d) Comprobante de domicilio del asegurado.
- e) Original de constancia de sueldos y percepciones indicando el periodo de licencias médicas reportando el último sueldo percibido al 100%. (en caso de que aplique periodo de licencias médicas ó, a falta de los talones quincenales de pago).
- f) Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.
- g) Original o copia certificada del dictamen de Incapacidad Total y Permanente (formato RT-09) expedido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- h) Original de concesión de pensión emitida por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (en caso de que aplique).
- i) Original de los últimos 24 talones quincenales de pago de nómina mensual del asegurado a la fecha de baja, en caso de haber optado por el esquema de pensión señalado en el artículo décimo transitorio de la ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- j) Original de los últimos 72 talones quincenales de pago de nómina mensual del asegurado a la fecha de baja, en caso de haber optado por el esquema de pensión de cuentas individuales.

k) Original y copia de los resultados de estudios. (en caso de que aplique).

“**LA ASEGURADORA**” pagará la suma asegurada mediante cheque nominativo a través de sus centros de servicio o por medio de transferencia electrónica de fondos, para lo cual el asegurado deberá presentar una copia del estado de cuenta bancario (no mayor a tres meses de antigüedad) en el que se identifique la CLABE interbancaria y el nombre de la institución financiera.

Si se trata de **MUERTE ACCIDENTAL o MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA**:

- a) Original de la “solicitud única para el pago de siniestro” por cada uno de los familiares y/o beneficiarios con firma coincidente.
- b) Original de “hoja única de servicios y/o expediente electrónico único SINAVID (Sistema Nacional de Afiliación y Vigencia de Derechos)” y “baja oficial” indicando el motivo con sellos y firmas originales.
- c) Original de la identificación oficial vigente con fotografía del asegurado o constancia emitida por autoridad competente.
- d) Original de la identificación oficial vigente con fotografía de los beneficiarios o constancia emitida por autoridad competente.
- e) Comprobante de domicilio de los beneficiarios.
- f) Original o copia del acta de defunción del asegurado.
- g) Original del último talón de pago del sueldo del asegurado a la fecha de baja.
- h) Original o copia certificada del acta de nacimiento del asegurado.
- i) Original o copia certificada del documento que acredite la relación con el asegurado.
- j) Última designación de beneficiarios elaborada por el asegurado con sello de recepción por parte de **“EL CONTRATANTE”**.
- k) Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de los hechos, informe de la policía judicial, declaración de los testigos presenciales, parte del accidente. (en caso de que aplique).
- l) Original de juicio sucesorio testamentario o intestamentario (en caso de que aplique).

“**LA ASEGURADORA**” pagará la suma asegurada mediante cheque nominativo a través de sus centros de servicio o por medio de transferencia electrónica de fondos, para lo cual el asegurado o beneficiario deberá presentar una copia del estado de cuenta bancario (no mayor a tres meses de antigüedad) en el que se identifique la CLABE interbancaria y el nombre de la institución financiera.

Tratándose del beneficio de **ACCIDENTE**, el asegurado o su representante legal, deberán entregar a “**LA ASEGURADORA**”:

- a) Original de la “solicitud única para el pago de siniestro”, en su caso por el asegurado.
- b) Original de la identificación oficial vigente con fotografía del asegurado o constancia emitida por autoridad competente.
- c) Comprobante de domicilio del asegurado.
- d) Original del último talón de pago de sueldo del asegurado a la fecha de baja.
- e) Informe médico elaborado y firmado por el médico tratante.
- f) Copia certificada de las actuaciones del ministerio público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de los hechos, informe de la policía judicial, declaración de los testigos presenciales, parte del accidente. (en caso de que aplique).

“**LA ASEGURADORA**” pagará la suma asegurada mediante cheque nominativo a través de sus centros de servicio o por medio de transferencia electrónica de fondos, para lo cual el asegurado deberá presentar una copia del estado de cuenta bancario (no mayor a tres meses de antigüedad) en el que se identifique la CLABE interbancaria y el nombre de la institución financiera.

“**LA ASEGURADORA**” pagará por concepto de **ANTICIPO POR GASTOS FUNERARIOS, \$90,000.00 (Noventa Mil Pesos 00/100 M.N.)** de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, dentro de los diez días hábiles siguientes a aquél en que se le entregue la documentación siguiente, a la persona que teniendo el carácter de beneficiaria, los haya erogado. El pago de dicho anticipo reduce proporcionalmente el de la suma asegurada por fallecimiento.

Por concepto de **ANTICIPO POR GASTOS FUNERARIOS**, la persona que siendo beneficiario tenga derecho al citado pago, deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Original de la "Solicitud Única para el Pago de Siniestro" por cada uno de los familiares y/o beneficiarios con firma coincidente.
- b) Original de la identificación oficial vigente con fotografía de los beneficiarios o constancia emitida por autoridad competente.
- c) Original o Copia Certificada del Acta de Defunción del asegurado.
- d) Última designación de beneficiarios elaborada por el asegurado con sello de recepción por parte del INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.
- e) Factura o Comprobante de los gastos funerarios erogados, en caso de que aplique.

“**LA ASEGURADORA**” pagará la suma asegurada mediante cheque nominativo a través de sus centros de servicio o por medio de transferencia electrónica de fondos, para lo cual el asegurado deberá presentar una copia del estado de cuenta bancario (no mayor a tres meses de antigüedad) en el que se identifique la CLABE interbancaria y el nombre de la institución financiera.

Por concepto de **ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA PARA ENFERMEDADES TERMINALES** el asegurado deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Original de la “solicitud única de siniestro” por cada uno de los familiares y/o beneficiarios con firma coincidente, en su caso por el asegurado.
- b) Original de la identificación oficial vigente con fotografía del asegurado o constancia emitida por autoridad competente.
- c) Original o copia certificada de la información clínica, en la cual indica la condición médica del asegurado emitida por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, proporcionada por el médico tratante, acreditado para ejercer la profesión, con la especialidad correspondiente a la enfermedad terminal que reporta. Deberá incluir estudios de gabinete practicados y la interpretación de los mismos.
- d) Resultado de estudios practicados, así como la interpretación de los mismos.
- e) Original y copia de los resultados de estudios. (en caso de que aplique).

“**LA ASEGURADORA**” pagará la suma asegurada mediante cheque nominativo a través de sus centros de servicio o por medio de transferencia electrónica de fondos, para lo cual el asegurado deberá presentar una copia del estado de cuenta bancario (no mayor a tres meses de antigüedad) en el que se identifique la CLABE interbancaria y el nombre de la institución financiera.

Para la aplicación de la retención del Impuesto Sobre la Renta deberá estarse a lo dispuesto en los artículos 93, Fracción XXI, 141, 142, Fracción XVI y 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

DÉCIMA PRIMERA. COMPLEMENTO DE PROTECCION.

“**LA ASEGURADORA**”, acepta que las personas protegidas por este seguro, podrán efectuar aportaciones colectivas adicionales de prima con cargo a su sueldo mensual integrado a través del sistema de nómina de “**EL CONTRATANTE**”, que se aplicarán al incremento de la suma asegurada de las coberturas de fallecimiento o desaparición o incapacidad total y permanente a que se hace mérito en esta póliza en los términos que al efecto se convengan.

Aquellos asegurados que ya cuentan con el dictamen de invalidez emitido por “EL CONTRATANTE”, no podrán acceder a ningún plan de potenciación.

El periodo de contratación de este beneficio será de 45 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de esta póliza, en el caso de nuevas altas aplicaran los mismos 45 días naturales a partir de su ingreso a “EL CONTRATANTE”.

DÉCIMA SEGUNDA. REGIMEN FISCAL

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al asegurado o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

DÉCIMA TERCERA. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En el caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

DÉCIMA CUARTA. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza de seguro, tratándose de la cobertura de fallecimiento, prescribirán en cinco años, en tanto que en los demás casos prescribirán en dos años. En ambos casos, los plazos serán contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que “LA ASEGURADORA” haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

En términos del artículo 68 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta aseguradora, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

DÉCIMA QUINTA. DERECHO DE “EL CONTRATANTE” PARA CONOCER EL MONTO DE LA CONTRAPRESTACIÓN AL INTERMEDIARIO EN SEGUROS.

Durante la vigencia de la Póliza “**EL CONTRATANTE**” podrá solicitar por escrito a “**LA ASEGURADORA**” le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. “**LA ASEGURADORA**” proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

DÉCIMA SEXTA. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Aseguradora a los teléfonos 5328-9002 o 800 9071111, correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx, o en la página www.metlife.com.mx, o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

DÉCIMA SÉPTIMA. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

En cumplimiento de las disposiciones del Artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el Artículo 25 del propio ordenamiento, que textualmente dice: “Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días naturales que sigan al día en que se reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

DÉCIMA OCTAVA. PLANES CONTRIBUTORIOS.

Tratándose de los integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima bajo los siguientes términos:

- La porción de la prima que pagarán los Asegurados como contribución se especificará en el Registro de Asegurados.
- Los derechos y obligaciones provenientes del pago de la prima se harán extensivos a los asegurados en la porción correspondiente de conformidad a la contribución establecida.

DÉCIMA NOVENA. PREVENCIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

En relación con las disposiciones a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el contratante reconoce que tiene y mantendrá vigentes y disponibles expedientes que contengan los siguientes datos de identificación de los asegurados en esta póliza:

Datos de identificación necesarios:

- a. Identificación personal que deberá ser en todo caso un documento original oficial emitido por autoridad competente, vigente a la fecha de su presentación, en donde aparezca fotografía, domicilio y firma del portador;
- b. Comprobante de domicilio;
- c. De contarse con ella, constancia de la clave única de registro de población, expedida por la Secretaría de Gobernación;
- d. De contar con ella, Cédula de Identificación Fiscal.
- e. Asegurados de nacionalidad diversa a la mexicana, el documento mediante el cual se acredite su legal estancia en el país.
- f. Documento en que se especifique la ocupación del asegurado.

VIGÉSIMA. ESQUEMA DE ADMINISTRACIÓN.

Salvo estipulación en contrario, la administración de la póliza será llevada a cabo por “**EL CONTRATANTE**”, estableciendo que “**LA ASEGURADORA**” tendrá acceso a la información correspondiente, a efecto de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el Reglamento referido.

Por lo anterior expresamente se hace constar que la administración de la póliza será llevada a cabo bajo el esquema de Autoadministración, mediante el cual **“EL CONTRATANTE”**, asume la responsabilidad de contar con el consentimiento para ser asegurado suscrito por cada uno de los Integrantes, y en su caso con el correspondiente a las personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato de seguro o que hayan dado su consentimiento para ser asegurado después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo.

El consentimiento al que se ha hecho referencia en el párrafo que antecede, será elaborado en los formatos que al efecto proporcione **“LA ASEGURADORA”** a **“EL CONTRATANTE”** y deberá contener, por lo menos, la información siguiente:

- I.- Suma asegurada o regla para determinarla, y
- II.- Designación de beneficiarios y si esta se realiza en forma irrevocable.

“EL CONTRATANTE” archivará en el expediente personal del asegurado, el original del consentimiento para ser asegurado firmado por el propio asegurado y su designación de beneficiarios, obligándose a conservar y mantener en custodia el consentimiento emitido por el asegurado, así como la designación de beneficiarios que, en el supuesto de reclamación de suma asegurada al ocurrir el riesgo amparado, por su conducto será remitido a **“LA ASEGURADORA”** para el trámite de análisis de siniestro.

En caso de cambio de beneficiario, **“EL CONTRATANTE”** seguirá el procedimiento indicado en los párrafos anteriores.

La entrega de los Certificados será llevada a cabo mediante la obligación de **“EL CONTRATANTE”** de hacer del conocimiento de los asegurados la información que deben contener los certificados.

Con base en el artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, los certificados deberán contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de **“LA ASEGURADORA”**;
- b) Firma del funcionario autorizado de **“LA ASEGURADORA”**;

- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre de **“EL CONTRATANTE”**;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
- j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.

“EL CONTRATANTE” se responsabilizará de la custodia y manejo de los documentos de Consentimiento, Designación de beneficiarios y Certificado Individual del asegurado, obligándose a sacar en paz y a salvo a **“LA ASEGURADORA”** de cualquier eventual reclamación que se le presente por terceras personas, una vez efectuado el pago a los últimos beneficiarios que le hayan sido reportados a ésta.

“LA ASEGURADORA” tendrá acceso en todo tiempo y lugar a la información de los documentos de Consentimiento, Certificado individual del asegurado y, última Designación de beneficiarios emitida por cada asegurado, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo dispuesto tanto por el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, como por los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y dicho Reglamento.

El Sistema de autoadministración de Consentimientos y Designación de Beneficiarios, podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, mediante notificación escrita que una haga a la otra con 30 días naturales de anticipación, tiempo en el cual **“EL CONTRATANTE”** hará entrega a **“LA ASEGURADORA”** de los documentos de Consentimiento, Certificado individual del asegurado y, última designación de beneficiarios emitida por cada asegurado, documentos e información inherente y necesarios para el cambio de esquema de administración.

VIGÉSIMA PRIMERA. EXTRACTO DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

“Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. ...”

“Artículo 20.- Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. ...

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.”

“**Artículo 21.-** La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.”

VIGÉSIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

De acuerdo con lo estipulado en los artículos 202, 205 y 209 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas se podrán realizar cambios en el contrato que determine la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, sin que esto contravenga lo previsto en el artículo 223 de la ley.

VIGÉSIMA TERCERA. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este seguro, ya sean por parte de “**EL CONTRATANTE**” o “**LA ASEGURADORA**” se harán en Moneda Nacional.

VIGÉSIMA CUARTA. AVISOS Y NOTIFICACIONES.

Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con el presente seguro deberá hacerse al “**EL CONTRATANTE**” por escrito, en su domicilio.

Los que se realicen a “**LA ASEGURADORA**” por parte de “**EL CONTRATANTE**” se harán por escrito en el domicilio localizado en Av. Insurgentes Sur 1457, Col. Insurgentes Mixcoac, C.P. 03920, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

VIGÉSIMA QUINTA. CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO.¹

¹ En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 25 de octubre de 2016 con el número CGEN-S0034-0164-2016.

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

- II. II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de MetLife México, S.A. de C.V., quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en casos de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el pasado, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con “las actividades ilícitas”, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 148 Bis, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. (Las actividades ilícitas).

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que MetLife México, S.A. de C.V., tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

MetLife México, S.A. de C.V., consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Cabe señalar que, en las pólizas de seguro contratadas, en el caso de que exista una cláusula de carencia de restricciones, el texto anterior se adicionará como excepción a dicha cláusula.

El párrafo anterior se adicionará, a las pólizas de seguro donde exista la cláusula de carencia de restricciones.

VIGÉSIMA SEXTA. VIGENCIA.

La presente póliza tiene vigencia, susceptible de ampliarse previo acuerdo por escrito entre “**EL CONTRATANTE**” y “**LA ASEGURADORA**” e inicia sus efectos a partir de las **cero horas del día 01 de enero de 2024 y termina a las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 2024.**

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza o antes si se presenta la terminación anticipada del presente contrato a solicitud de “**EL CONTRATANTE**”.

CLÁUSULAS TRANSITORIAS

PRIMERA. CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Atendiendo al propósito de hacer llegar de manera inmediata los beneficios del seguro, en tanto se obtienen los consentimientos y designación de beneficiarios de los asegurados para esta póliza, la última designación de beneficiarios realizada en los formatos de la aseguradora anterior, hecha por tales asegurados, tendrá plena validez para los beneficios derivados de la presente póliza, en caso de fallecimiento de los asegurados protegidos mediante la misma, siempre que no exista designación en el formato de “**LA ASEGURADORA**” elaborado para esta póliza.

SEGUNDA. CLÁUSULA DE AUSTERIDAD.

“**LA ASEGURADORA**” hace constar que las obligaciones derivadas del presente contrato de seguro, se encuentran sujetas a la no contravención de disposiciones legales en materia de austeridad, así como a la autorización legal del presupuesto en favor de “**EL CONTRATANTE**”, para el pago de prima convenido.

Esta póliza se firma en la Ciudad de México, el día 23 de enero de 2024.

“**LA ASEGURADORA**”

MARCO ANTONIO RAMOS VEGA
GERENTE DE OPERACIÓN INSTITUCIONAL PÚBLICO

“LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO EL REGISTRO NÚMERO CNSF-S0034-0050-2012 DE FECHA 24 DE ABRIL DE 2012.”

“EN CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 202 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO DE SEGURO, QUEDARON REGISTRADAS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS A PARTIR DEL DÍA 21 DE ABRIL DE 2015 CON EL NÚMERO RESP-S0034-0402-201