

PÓLIZA DE SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA GRUPO (SERVICIO DE CUOTAS SEGURO DE VIDA DEL PERSONAL CIVIL 2023) QUE EMITE METLIFE MÉXICO, S.A. DE C.V., REPRESENTADA POR MARCO ANTONIO RAMOS VEGA, GERENTE DE OPERACIÓN INSTITUCIONAL PÚBLICO, EN LO SUBSECUENTE DENOMINADA “LA ASEGURADORA”, PARA PROTEGER SERVIDORES PÚBLICOS OPERATIVOS DE BASE, SERVIDORES PÚBLICOS OPERATIVOS DE CONFIANZA Y SERVIDORES PÚBLICOS DE MANDO MEDIO Y SUSPERIOR EN ACTIVO, ASÍ COMO JUBILADOS Y PENSIONADOS DE LA AUDITORIA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN, 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 (sin importar la causa del deceso) o incapacidad total y permanente (sin periodo de espera) con los beneficios adicionales de muerte accidental (doble indemnización), muerte accidental colectiva (triple indemnización) y accidente (perdidas orgánicas escala B) a servidores públicos operativos de base, servidores públicos operativos de confianza y servidores públicos de mando medio y superior en activo, y, sólo por el de fallecimiento (sin importar la causa del deceso) a jubilados y pensionados, de “EL CONTRATANTE”, cualquiera que sea su género, edad, sexo u ocupación y sin necesidad de examen médico, tampoco se afectará por razones de residencia y viajes, a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza; así como, a los que ingresen a laborar a partir de la misma fecha o posterior.

Suicidio. Se cubre la muerte por suicidio (no se considera como accidente), cuando éste ocurra dentro de la vigencia de la póliza, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, sin periodo de espera.

“LA ASEGURADORA” deberá proteger a todo asegurado en servicio activo, durante todo el tiempo en el que el ISSSTE le otorgue "licencia(s) médica(s)", por la cobertura básica y por el beneficio adicional de potenciación seleccionado, en el caso de que el servidor público cuente con éste, sin costo de prima ni para “EL CONTRATANTE” ni para el servidor público.

Para los efectos de la póliza **“LA ASEGURADORA”** reconocerá de manera automática a los pensionados asegurados y las condiciones individuales de aseguramiento institucional con las que cuenten.

Las o los empleados que, por sus funciones desempeñadas sufran desaparición y no se pueda acreditar la muerte mediante documentación como certificado de defunción o acta de defunción, siendo que para acreditar tal situación se presentará el documento que emita la autoridad competente con la declaratoria de presunción de muerte en la cual dictamine el hecho, 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 ocurrió el secuestro o la desaparición.

Quedan excluidos del beneficio del seguro institucional de vida las personas contratadas como prestadores de servicios profesionales por honorarios.

MUERTE ACCIDENTAL (DOBLE INDEMNIZACIÓN)

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.

Asalto. Se cubre el fallecimiento o lesiones del asegurado por asalto, cuando éste sea víctima, condicionado a la existencia de acta del Ministerio Público con la cual se pueda comprobar el evento.

Motociclismo. Se cubre el siniestro que sufra el asegurado cuando viaje en motocicleta o cualquier vehículo similar de motor ya sea como conductor o acompañante, cuando se utilice como medio de transporte para el trabajo y dentro del horario normal de labores. El asegurado deberá utilizar el equipo de protección necesarios (casco y botas) y contar con licencia de motociclista. Se excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.

Alcohol. Se cubre el siniestro que sufra algún asegurado a consecuencia de un accidente cuando está bajo los efectos del alcohol, sólo en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

Deportes Peligrosos. Se cubren las lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, siempre y cuando se realicen de manera amateur u ocasional.

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, 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.
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.

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 (TRIPLE INDEMNIZACIÓN)

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, así como cualquier tipo de aeronave autorizada por las autoridades competentes para volar en el espacio aéreo nacional y/o internacional transportes marítimos, operados sobre una ruta establecida normalmente para el servicio de pasajeros con boleto pagado y esté sujeto a itinerario regular;
- b) Viajar como pasajero en un ascensor que opere para servicio al público, con exclusión de los ascensores en las minas; o,
- c) Derrumbes o incendios de: casa habitación, hotel, restaurante, u otro edificio con acceso al público, en el que se encontraba el asegurado al momento de iniciarse el derrumbe o el incendio, incluyendo los inmuebles que ocupa **“EL CONTRATANTE”**.

Asalto. Se cubre el fallecimiento o lesiones del asegurado por asalto, cuando éste sea víctima, condicionado a la existencia de acta del Ministerio Público con la cual se pueda comprobar el evento.

Motociclismo. Se cubre el siniestro que sufra el asegurado cuando viaje en motocicleta o cualquier vehículo similar de motor ya sea como conductor o acompañante, cuando se utilice como medio de transporte para el trabajo y dentro del horario normal de labores. El asegurado deberá utilizar el equipo de protección necesarios (casco y botas) y contar con licencia de motociclista. Se excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.

Alcohol. Se cubre el siniestro que sufra algún asegurado a consecuencia de un accidente cuando está bajo los efectos del alcohol, sólo en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

Deportes Peligrosos. Se cubren las lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, siempre y cuando se realicen de manera amateur u ocasional.

BENEFICIO POR ACCIDENTE (PERDIAS ORGÁNICAS ESCALA B)

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.
- **Pérdida de un dedo**, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas de ese dedo.
- **Amputación parcial o anquilosamiento parcial de un pie**, la separación completa o anquilosamiento de cualquier parte anterior a la articulación del tobillo, que incluya los cinco dedos completos.
- **Sordera completa**, la pérdida completa e irreparable de la función auditiva de ambos oídos.
- **Acortamiento de un miembro inferior**, cuando es de cinco centímetros o más en relación al opuesto.

Asalto. Se cubre el fallecimiento o lesiones del asegurado por asalto, cuando éste sea víctima, condicionado a la existencia de acta del Ministerio Público con la cual se pueda comprobar el evento.

Motociclismo. Se cubre el siniestro que sufra el asegurado cuando viaje en motocicleta o cualquier vehículo similar de motor ya sea como conductor o acompañante, cuando se utilice como medio de transporte para el trabajo y dentro del horario normal de labores. El asegurado deberá utilizar el equipo de protección necesarios (casco y botas) y contar con licencia de motociclista. Se excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.

Alcohol. Se cubre el siniestro que sufra algún asegurado a consecuencia de un accidente cuando está bajo los efectos del alcohol, sólo en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

Deportes Peligrosos. Se cubren las lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, siempre y cuando se realicen de manera amateur u ocasional.

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.

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, tomaínas o infecciones bacteriales, excepto de infecciones biogénicas que acontezcan simultáneamente con y como resultado de una cortada o herida por accidente, así como aquella sufrida por culpa grave del asegurado a consecuencia de encontrarse bajo el influjo de 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 (SIN PERIODO DE ESPERA)

Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo (incluida la invalidez por enfermedad no profesional) por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido, de conformidad con el dictamen que al efecto emita el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 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 ASEGURADORA”** deberá de respetar lo dictaminado por el ISSSTE. Solo se considerará el criterio emitido por

el ISSSTE en el cual se dictamine la invalidez total y permanente, independientemente del inicio de síntomas de la enfermedad que derivo ese estado.

Para los siniestros de invalidez serán reclamados a la aseguradora vigente a la fecha del dictamen emitido por el ISSSTE.

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 esté expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo, que lo inhabilite para su desempeño; o el de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social,

b) La incapacidad total y permanente, que inhabilite al asegurado para el desarrollo de su trabajo o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo.

En todo caso, el dictamen de incapacidad total y permanente que reconocerá "**LA ASEGURADORA**" será el certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo o de incapacidad permanente por riesgo de trabajo expedido por el ISSSTE.

Motociclismo. Se cubre el siniestro que sufra el asegurado cuando viaje en motocicleta o cualquier vehículo similar de motor ya sea como conductor o acompañante, cuando se utilice como medio de transporte para el trabajo y dentro del horario normal de labores. El asegurado deberá utilizar el equipo de protección necesarios (casco y botas) y contar con licencia de motociclista. Se excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.

Alcohol. Se cubre el siniestro que sufra algún asegurado a consecuencia de un accidente cuando está bajo los efectos del alcohol, sólo en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

Deportes Peligrosos. Se cubren las lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, siempre y cuando se realicen de manera amateur u ocasional.

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.

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.

SEGUNDA. SUMA ASEGURADA.

“LA ASEGURADORA” pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado, dentro de la vigencia de esta póliza, el monto equivalente a **cuarenta veces el importe del sueldo base mensual si se trata del Personal Operativo de Confianza y de Base o**; el equivalente al **cuarenta veces el sueldo base mensual más compensación garantizada para el Personal de Mando Medio y Superior** al momento de ocurrir el siniestro.

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; 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.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (SIN PERIODO DE ESPERA).

Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo (incluida la invalidez por enfermedad no profesional) por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido, de conformidad con el dictamen que al efecto emita el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 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 ASEGURADORA”** deberá de respetar lo dictaminado por el ISSSTE. Solo se considerará el criterio emitido por el ISSSTE en el cual se dictamine la invalidez total y permanente, independientemente del inicio de síntomas de la enfermedad que derivo ese estado.

Para los siniestros de invalidez serán reclamados a la aseguradora vigente a la fecha del dictamen emitido por el ISSSTE.

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 esté expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo, que lo inhabilite para su desempeño; o el de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social,
- b) La incapacidad total y permanente, que inhabilite al asegurado para el desarrollo de su trabajo o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo.

En todo caso, el dictamen de incapacidad total y permanente que reconocerá **“LA ASEGURADORA”** será el certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo o de incapacidad permanente por riesgo de trabajo expedido por el ISSSTE.

Motociclismo. Se cubre el siniestro que sufra el asegurado cuando viaje en motocicleta o cualquier vehículo similar de motor ya sea como conductor o acompañante, cuando se utilice como medio de transporte para el trabajo y dentro del horario normal de labores. El asegurado deberá utilizar el equipo de protección necesarios (casco y botas) y contar con licencia de motociclista. Se excluye el pago de siniestros por la participación en cualquier tipo de pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.

Alcohol. Se cubre el siniestro que sufra algún asegurado a consecuencia de un accidente cuando está bajo los efectos del alcohol, sólo en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

Deportes Peligrosos. Se cubren las lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, siempre y cuando se realicen de manera amateur u ocasional.

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.

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, haciéndose constar expresamente que “LA ASEGURADORA” se reserva el derecho de revisar cualquier dictamen en términos de los acuerdos adoptados con dicho Instituto, así como la facultad de practicar, a su costa, un examen médico/los estudios y pruebas necesarias al asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente suma asegurada.

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”.

Si dentro de la vigencia del beneficio adicional de **muerte accidental (doble indemnización)**, 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 fallecimiento del asegurado.

Se conviene para efectos del beneficio adicional de **muerte accidental colectiva (triple indemnización)**, que “LA ASEGURADORA” pagará por concepto de suma asegurada, de acuerdo a lo pactado en el presente instrumento y por una sola vez, **otro tanto igual al monto de la suma asegurada contratada para el evento de muerte del asegurado.**

En el caso de que dentro de la vigencia del beneficio por **accidente (perdidas orgánicas escala B)**, 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, 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 “B”.

- Por la pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos, una cantidad igual al 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la pérdida de una mano conjuntamente con 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 al 50% (cincuenta por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la pérdida de tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano, una cantidad igual al 30% (treinta por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la pérdida de tres dedos, que no incluyan el pulgar o el índice de una mano, una cantidad igual al 25% (veinticinco por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la pérdida del pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano, una cantidad igual al 25% (veinticinco por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la pérdida del índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano, una cantidad igual al 20% (veinte por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la pérdida del pulgar de cualquier mano, una cantidad igual al 15% (quince por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la pérdida del dedo índice de cualquier mano, una cantidad igual al 10% (diez por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la pérdida del dedo medio, el anular o el meñique de cualquier mano, una cantidad igual al 5% (cinco 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 amputación parcial o anquilosamiento parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos, una cantidad igual al 30% (treinta por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.
- Por la sordera completa, una cantidad igual al 25% (veinticinco por ciento) de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

- **Por el acortamiento de un miembro inferior, una cantidad igual al 15% (quince 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.

TERCERA. SUMA ASEGURADA PARA JUBILADOS O PENSIONADOS.

“LA ASEGURADORA” pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del fallecimiento del jubilado o pensionado asegurado, dentro de la vigencia de este instrumento, el monto equivalente a dieciocho veces el importe de la 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.

CUARTA. PRIMA.

El importe de la prima mensual a pagar por cada asegurado, será la cantidad equivalente a 1.69% (Uno punto Sesenta y nueve por ciento) del sueldo base mensual si se trata del Personal Operativo de Confianza y de Base o, el equivalente a 1.69% (Uno punto Sesenta y nueve por ciento) del sueldo base mensual más compensación garantizada para el Personal de Mando Medio y Superior que será cubierto por “EL CONTRATANTE”.

El pago se realiza a mes vencido y contempla los movimientos del personal generados en cada periodo por lo que no existen diferencias en las primas mensuales pagadas.

El porcentaje de la prima de la suma asegurada básica será fijo durante la vigencia de la póliza.

El monto por pagar por **“EL CONTRATANTE”** por concepto de la suma asegurada básica, se calculará con base al porcentaje propuesto por **“LA ASEGURADORA”** en función del número de plazas ocupadas por nivel y puesto. Dicha información será proporcionada por **“EL CONTRATANTE”** a **“LA ASEGURADORA”** de manera mensual a mes vencido.

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 0.7% (cero punto siete por ciento) su pensión mensual, que se cubrirá por el jubilado o pensionado a través del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. **“LA ASEGURADORA”** se deberá coordinar con el ISSSTE para efectos de acordar el mecanismo mediante el cual se deberá hacer el pago de las primas que éste retendrá al pensionado.

QUINTA. SUELDO Y PENSIÓN.

El sueldo 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 base, compensación garantizada y la pensión que **“EL CONTRATANTE”** y INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO comuniquen por escrito a **“LA ASEGURADORA”**.

El sueldo y la pensión que servirá de base para determinar el importe de la prima y el de la suma asegurada a que se hace referencia en esta póliza, será el que comunique por escrito a **“LA ASEGURADORA”**.

SEXTA. OBLIGACIONES DE “EL CONTRATANTE” Y DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

“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.
- b) Informar por escrito a **“LA ASEGURADORA”**, dentro de los treinta días naturales siguientes al mismo en que se operen, los movimientos de sueldo y las modificaciones al número de plazas totales correspondiente a los integrantes del grupo asegurado.

La Dirección General de Recursos Humanos de **“EL CONTRATANTE”** dispondrá de un plazo no mayor a noventa días naturales, contados a partir del inicio de la vigencia de la póliza, para recabar el consentimiento del servidor público para ser asegurado y designe a los beneficiarios del seguro de vida.

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

Tratándose de jubilados o pensionados, el INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO deberá recabar debidamente requisitado el consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios, vigilando que se exprese el nombre de cada uno de ellos, su fecha de nacimiento y su Registro Federal de Contribuyentes. Dicho consentimiento deberá ser enviado por INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO a **“LA ASEGURADORA”**, dentro de los treinta días naturales siguientes al mismo en que sea requisitado.

Asimismo, el ISSSTE deberá informar por escrito a **“LA ASEGURADORA”**, dentro de los treinta días naturales siguientes al mismo en que se produzcan, los movimientos sobre el número de asegurados y de los montos de las pensiones.

Tratándose de jubilados y pensionados a partir del inicio de vigencia de esta póliza, que queden protegidos por la misma, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado recabará los consentimientos de dichos asegurados y su designación de beneficiarios, vigilando que se exprese el nombre del jubilado y su Registro Federal de Contribuyentes.

Asimismo, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado informará mensualmente a **“LA ASEGURADORA”**, los movimientos sobre los números de jubilados y pensionados asegurados y de los montos de las pensiones.

Para los casos en que el ISSSTE no encuentre en el expediente del jubilado la designación de beneficiarios original, emitirán un oficio indicando dicha situación.

SÉPTIMA. DESIGNACION 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.

La designación de beneficiarios que realice el servidor público servirá tanto para el pago de la suma básica como para el pago de la suma potenciada, en este caso, sólo para aquellos servidores públicos que se hayan incorporado al beneficio.

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 debe 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.

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 desee continuar asegurado, para lo cual deberá pagar el importe de la prima a través del INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Si la persona de que se trate desea continuar asegurada, deberá solicitarlo por escrito a “LA ASEGURADORA”, a través del ISSSTE, dentro de los 30 días naturales siguientes al mismo en que cause baja de dicho servicio.

El periodo para amparar el riesgo por fallecimiento del pensionado o jubilado del ISSSTE, será antes de los 60 días de haber sido dado de baja del Instituto y sea registrado en el ISSSTE, como pensionado o jubilado.

NOVENA. SEPARACION 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 del asegurado, “LA ASEGURADORA” pagará al o a los beneficiarios designados el monto de la suma asegurada que corresponda, dentro de los diez días hábiles siguientes a aquél en que se le acredite la ocurrencia del siniestro, las formas de pago (cheque o transferencia electrónica bancaria). Para tal efecto, el o los beneficiarios deberán entregarle la documentación siguiente:

- a. Solicitud de pago del o de los beneficiarios.
- b. Consentimiento de designación de beneficiarios en original o copia certificada por “**EL CONTRATANTE**”.
- c. Original o Copia certificada del acta de defunción del asegurado expedida por el Registro Civil.
- d. Comprobante del último recibo de pago del asegurado.
- e. Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a tres meses de haber sido expedido).
- f. Copia de Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y sus beneficiarios.
- g. Original de Actas de nacimiento del asegurado y sus beneficiarios.
- h. En caso de muerte violenta, accidental o accidental colectiva será necesario anexar copia certificada completa de las actuaciones del Ministerio Público.
- i. Para la forma de pago por transferencia electrónica bancaria, estado de cuenta bancario, no mayor a tres meses de haber sido expedido, en donde se indique la CLABE interbancaria.

Dentro de la documentación a solicitar a efecto de aplicar la exención de la retención del 20% correspondiente al impuesto sobre la renta, en términos de lo dispuesto por el artículo 142 fracción XVI, de la Ley de impuesto

sobre la renta, en las pólizas donde la prima del seguro sea cubierta por **“EL CONTRATANTE”** se requiere documentación oficial que, en su caso, se compruebe el parentesco en línea recta del beneficiario con el asegurado en copia certificada por la autoridad competente, tal como: acta de nacimiento, acta de matrimonio actualizada de reconocimiento de adopción o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante la autoridad judicial, en caso de no presentar dicha documentación la aseguradora está obligada a efectuar la retención correspondiente.

Para el pago de la cobertura doble y triple indemnización por muerte accidental colectiva, no será necesario contar o presentar el comprobante (boleto, ticket o cualquier otro documento con que se identifique) que le proporcione el prestador de servicio; ya sea de la empresa de transporte público o privado, o bien por la empresa que proporcione el servicio. **“LA ASEGURADORA”** deberá pagar aun cuando el fallecimiento ocurra antes de contar con el comprobante, será suficiente comprobar que se encontraba en cualquiera de los lugares públicos en que aplica esta cobertura, lo cual se asentará en el acta del ministerio público.

Para el pago de la suma asegurada por incapacidad total y permanente del asegurado, se deberá entregar a **“LA ASEGURADORA”** la documentación siguiente:

- a) Identificación oficial del asegurado (credencial para votar emitida por el INE/IFE, pasaporte, expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores, cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, en el caso de extranjeros, FM2, FM3 o Credencial de inmigrado),
- b) Comprobante de domicilio del asegurado, solo en caso de que la identificación oficial vigente no contenga este dato (Recibo de luz, teléfono, predial, agua, gas natural o estado de cuenta bancario) no mayor a tres meses.
- c) Solicitud de pago (formato establecido por **“LA ASEGURADORA”**);
- d) Constancia de baja del servicio activo del asegurado emitida por **“EL CONTRATANTE”**;
- e) Dictamen de invalidez o incapacidad total y permanente emitido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- f) Original o copia del último talón de pago.

En caso de ser necesario, “LA ASEGURADORA” podrá solicitar los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada.

Tratándose del beneficio de accidente (perdidas orgánicas escala B), el asegurado o su representante legal, deberán entregar a **“LA ASEGURADORA”**:

- a) Solicitud de pago; debidamente llenada y firmada,

- b) Informe médico elaborado y firmado por el médico tratante,
- c) Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos, informe de la Policía Judicial, declaración de testigos presenciales, parte del accidente,
- d) Identificación oficial vigente con fotografía y firma y/o constancia emitida por autoridad competente del asegurado,
- e) Comprobante del último pago de salario del asegurado.

“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.

Las o los empleados que, por sus funciones desempeñadas sufran desaparición y no se pueda acreditar la muerte mediante documentación como certificado de defunción o acta de defunción, siendo que para acreditar tal situación se presentará el documento que emita la autoridad competente con la declaratoria de presunción de muerte en la cual dictamine el hecho, 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 ocurrió el secuestro o la desaparición.

DÉCIMA PRIMERA. COMPLEMENTO DE PROTECCIÓN.

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

El servidor público podrá, voluntariamente con cargo a su percepción ordinaria y mediante descuento en nómina, incrementar la suma asegurada hasta 68 veces el sueldo base mensual para el personal operativo de confianza y de base, y hasta 68 veces el sueldo base más compensación garantizada mensuales para el personal de mando medio y superior.

Estas primas al aplicarse incrementarán la suma asegurada básica de la cobertura de Vida; así como a la cobertura de Incapacidad Total y Permanente a que se hace mérito en este documento.

La suma potenciada es la equivalente a 34, 51 o 68 veces el importe del sueldo base mensual y, en su caso, compensación garantizada del asegurado al momento de ocurrir el siniestro.

Únicamente el personal activo podrá contratar alguna de las opciones de potenciación, por lo que no aplica para el personal jubilado.

La potenciación incrementará la suma asegurada básica de la cobertura de vida, así como a la cobertura de incapacidad total y permanente a la que se hace mérito en la presente póliza

“EL CONTRATANTE” será el responsable ante **“LA ASEGURADORA”** de la retención y pago de primas de las contrataciones de potenciación es decir, estas primas serán con cargo a la percepción ordinaria del asegurado y mediante descuento nómina y pagada por **“EL CONTRATANTE”**.

*La potenciación tendrá la misma fecha de vigencia de la póliza básica.

En caso de cancelación de la potenciación, ya no se podrá contratar nuevamente durante la vigencia del contrato.

En caso que el asegurado ya se encuentre en proceso invalidante, no podrá contratar la cobertura de potenciación.

El importe de la prima mensual a pagar con motivo del beneficio adicional de potenciación de suma asegurada por cada servidor público incorporado será la cantidad equivalente a los porcentajes del sueldo mensual propuestos por **“LA ASEGURADORA”** para cada una de las opciones, que será cubierto por el servidor público, que voluntariamente esté incorporado a este beneficio, mediante cargo a su sueldo a través del sistema de nómina de **“EL CONTRATANTE”**.

El porcentaje de la prima de la suma asegurada potenciada para cada opción será fijo durante la vigencia de la póliza.

El monto por pagar por **“EL CONTRATANTE”** por concepto de la suma asegurada potenciada, se calculará con base al porcentaje propuesto por **“LA ASEGURADORA”** en función del número de plazas ocupadas por nivel y puesto. Dicha información será proporcionada por **“EL CONTRATANTE”** a **“LA ASEGURADORA”** de manera mensual a mes vencido.

“LA ASEGURADORA” deberá proporcionar a **“EL CONTRATANTE”** los formatos correspondientes para nuevos asegurados que opten por el beneficio de Potenciación de Suma Asegurada, mismos que serán distribuidos por la Dirección General de Recursos Humanos de **“EL CONTRATANTE”** para ser requisitados por los servidores públicos asegurados con los siguientes propósitos:

- Formalizar la aceptación del beneficio.
- Registrar la opción de potenciación seleccionada.
- Manifiestar la conformidad del servidor público para que **“EL CONTRATANTE”** proceda a la retención quincenal por nómina del importe de la prima señalada.

Para los efectos de la póliza la **“LA ASEGURADORA”** reconoce de manera automática a los servidores públicos ya incorporados al beneficio de potenciación de suma asegurada; sin embargo **“EL CONTRATANTE”** dispondrá de un plazo no mayor de noventa días naturales, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, para que aquellos servidores públicos ya incorporados que, así lo determinen, manifiesten su decisión de cambiar la opción de potenciación, así como para que los servidores públicos que aún no cuenten con el beneficio puedan incorporarse. Los servidores públicos de nuevo ingreso dispondrán de un plazo no mayor de sesenta días naturales, contado a partir de la fecha de ingreso a **“EL CONTRATANTE”**, para manifiestar su determinación de incorporarse al beneficio y seleccionar la opción de potenciación.

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. PRESCRIPCION.

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 01 800 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. RECTIFICACION DE LA POLIZA.

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) 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. CLAUSULA DE PRELACIÓN.

Las condiciones particulares o especiales de aseguramiento, así como las modificaciones o adecuaciones derivadas del proceso de **Licitación Pública Nacional N°. ASF-DGRMS-LPN-16/2022** prevalecerán sobre las Condiciones Generales, en todo lo que pudiera oponerse, siempre y cuando no contravengan las disposiciones legales vigentes.

DÉCIMA NOVENA. NO ADHESIÓN.

Se hace constar expresamente que esta póliza, resulta de las negociaciones efectuadas entre “**EL CONTRATANTE**” y “**LA ASEGURADORA**” y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 200, 201 y 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

VIGÉSIMA. 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.

VIGÉSIMA PRIMERA. PREVENCIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

En relación a 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 Secretaria 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 SEGUNDA. 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, previo a su incorporación al Grupo asegurado, documento con el que se deberá contar previo a la celebración del contrato de seguro; 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 consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios, es el formato que proporcionará **“LA ASEGURADORA”** que brindará el servicio a fin de que el servidor público manifieste su consentimiento para ser asegurado, proporcione sus datos personales y designe a sus beneficiarios. Este documento una vez que ha sido requisitado en todas sus partes, firmado por el servidor público y sellado de recibido por la Dirección General de Recursos Humanos de **“EL CONTRATANTE”**, se constituye en el requisito indispensable para la reclamación de pago de suma asegurada, en caso de fallecimiento o de ser dictaminado con incapacidad total y permanente.

“LA ASEGURADORA” deberá proporcionar a **“EL CONTRATANTE”** el número de ejemplares suficientes del formato correspondiente, el cual será distribuido por la Dirección General de Recursos Humanos **“EL CONTRATANTE”** para ser requisitado por los servidores públicos asegurados con los siguientes propósitos:

- Formalizar el otorgamiento y la aceptación del seguro
- Recabar la designación de beneficiarios de los servidores públicos asegurados y
- Constituir en el certificado individual del seguro, por disposición expresamente señalada en el consentimiento

El formato deberá estar integrado, cuando menos, por tres tantos, el original se entregará al servidor público en el momento en el cual el formato sea requisitado y recibido en la Dirección General de Recursos Humanos de **“EL CONTRATANTE”**, la copia se quedará en resguardo de **“EL CONTRATANTE”** y otra copia para **“LA ASEGURADORA”** hasta en tanto se haya finalizado este proceso **“LA ASEGURADORA”** se obliga a reconocer la última designación que obre en poder de **“EL CONTRATANTE”**.

“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, ultima 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, ultima designación de beneficiarios emitida por cada asegurado, documentos e información inherente y necesarios para el cambio de esquema de administración.

VIGÉSIMA TERCERA. 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 CUARTA. CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO ¹.

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

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.

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. 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 QUINTA. ERRORES U OMISIONES.

Cualquier error u omisión involuntaria sobre la descripción de los asegurados cubiertos por la presente póliza, no anulará, ni perjudicará el seguro otorgado por la misma, ya que la intención de la misma es proteger en todo tiempo, por lo tanto será corregido siempre que “EL CONTRATANTE” reporte a “LA ASEGURADORA” el error u omisión tan pronto como sea posible después de su descubrimiento, comprometiéndose ambas partes a aceptar el ajuste de primas si lo hubiere.

VIGÉSIMA CUARTA ACREDITACIÓN DE BENEFICIARIOS.

“LA ASEGURADORA” cuenta con un procedimiento administrativo simplificado que permita, sin costo para “EL CONTRATANTE” ni para los asegurados, el cobro de la Suma Asegurada Básica y, en su caso, de la Suma Asegurada Potenciada seleccionada, en los siguientes supuestos:

- Cuando ocurra el fallecimiento del asegurado y éste no haya realizado la designación de beneficiarios.
- Cuando el beneficiario designado fallezca al mismo tiempo o con anterioridad al asegurado.

- Cuando el asegurado fallezca una vez iniciado el trámite para el pago de la suma asegurada relativa a la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.
- Cuando el beneficiario designado fallezca con posterioridad al asegurado y no hubiera hecho efectivo el derecho el cobro del seguro.

Este beneficio operará siempre y cuando el asegurado no haya signado testamento, la suma asegurada no rebase el monto equivalente a 400 Unidades de Medida y Actualización (UMA) vigente al momento del fallecimiento y el parentesco de los reclamantes con el asegurado fallecido sea de cónyuge, hijos o padres, sujetándose **“LA ASEGURADORA”** en todo momento a lo establecido en el Código Civil Federal en lo relativo al Derecho Sucesorio.

VIGÉSIMA QUINTA. VIGENCIA.

La presente póliza tiene vigencia de un año, 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 2023 y termina a las veinticuatro horas del día 31 de diciembre de 2023.**

CLÁUSULA TRANSITORIAS

PRIMERA. CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACION 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.

A falta de cualquiera de las condiciones referidas, “EL CONTRATANTE” reconoce y acepta que “LA ASEGURADORA” podrá dar por terminado anticipadamente el seguro, sin responsabilidad alguna para ella, debiéndosele cubrir los gastos no recuperables por el tiempo en que estuvo vigente el contrato.

Esta póliza se firma en la Ciudad de México, el día 22 de diciembre de 2022.

“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-S0034-0402-2015.”

Ciudad de México, a 09 de diciembre de 2022

**Auditoría Superior de la Federación
Presente.**

La que suscribe **Vanessa Barajas Furuzawa**, en mi carácter de representante legal de MetLife México, S.A. de C.V. y con la finalidad de dar cumplimiento a lo solicitado en el Anexo Técnico, Asistencia Funeraria, de las bases de **Licitación Pública Nacional N°. ASF-DGRMS-LPN-16/2022** para el servicio de **Cuotas Seguro de Vida del personal civil 2023**, manifiesto bajo protesta de decir verdad, lo siguiente:

ASISTENCIA FUNERARIA

Se enviará a un representante de la red para asesorar y apoyar a los beneficiarios en los trámites legales procedentes con el servicio funerario, tales como:

- Asistencia para obtener el certificado de defunción de la Secretaría de Salud.
- Asistencia para obtener el acta de defunción ante el Registro Civil.
- Excepción de la necropsia (autopsia) cuando las circunstancias y la Ley lo permitan.
- Permisos y autorizaciones oficiales para sepelio e incineración.
- En caso de muerte violenta y a petición de los beneficiarios, se realizará ante el Ministerio Público y el Médico Forense los trámites necesarios para la liberación del cuerpo del difunto.

La cobertura de asistencia funeraria podrá ser proporcionada a través de la red de proveedores de servicios funerarios a nivel nacional de Metlife México S.A. de C.V., como se opera en el mercado asegurador para este tipo de asesorías.

Atentamente



**Vanessa Barajas Furuzawa
Representante Legal de MetLife México, S.A. de C.V.**

MetLife México, S.A. de C.V.

Avenida Insurgentes Sur No. 1457, Pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez,
C.P. 03920, Ciudad de México, Teléfono: (0155) 5328 7000,
Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) www.metlife.com.mx