

POLIZA DE SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 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 A LOS SERVIDORES PÚBLICOS DE CONFIANZA, ASÍ COMO JUBILADOS Y PENSIONADOS QUE DECIDAN OPTAR POR CONTINUAR ASEGURADOS AL ADQUIRIR DICHA CONDICIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, 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 los riesgos de fallecimiento (por cualquier causa incluido el suicidio desde el primer día) o invalidez o incapacidad total y permanente y el anticipo de gastos funerarios de los servidores públicos de confianza en activo que se encuentren incluidos en el listado de asegurados que proporcione “**EL CONTRATANTE**”, y sólo por el de fallecimiento al personal jubilado o pensionado, cualquiera que sea su sexo, edad u ocupación y sin necesidad de examen médico, a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza y, posteriormente, desde el día de ingreso consignado en el control de contratación o de nombramiento respectivo o a partir del momento que cause baja por jubilación o pensión, según sea el caso.

Los trabajadores de “**EL CONTRATANTE**” que ingresen a la colectividad asegurable con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza, quedarán asegurados en la fecha de ingreso, consignada en el control de contratación o de nombramiento respectivo, sin que “**EL CONTRATANTE**” tenga obligación de reportar el alta a “**LA ASEGURADORA**”.

Los trabajadores que se encuentren temporalmente gozando de licencia médica con o sin goce de sueldo y/o por exceso de incapacidades, continuarán asegurados con el 100% de la suma asegurada determinada con base en la información proporcionada por “**EL CONTRATANTE**” al inicio de vigencia, en tanto no causen baja definitiva. En todo caso, la obligación de pago de la prima quedará a cargo de “**EL CONTRATANTE**”.

Quedan excluidas las personas que presten sus servicios por honorarios.

En la presente póliza no operará ningún límite de edad para ninguna de las coberturas y/o beneficios adicionales.

ANTICIPO POR GASTOS FUNERARIOS

“**LA ASEGURADORA**” pagará por una sola vez por concepto de anticipo para gastos funerarios, el 30% (treinta por ciento) 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.

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.

INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para efectos del beneficio adicional de invalidez o 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 invalidez o 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 por invalidez o incapacidad total y permanente será la fecha en la que se emita el dictamen de invalidez o incapacidad total y permanente independientemente de la fecha en que se originó el hecho que dio causa a la misma, el cual será expedido por el instituto de seguridad y

servicios sociales de los trabajadores del estado, llamado en adelante ISSSTE y éste será inapelable, no operando ningún período de espera.

Aquellos trabajadores que con motivo de invalidez o incapacidad total y permanente, hayan cobrado la suma asegurada correspondiente y se reincorporen a laborar en “**EL CONTRATANTE**”, serán asegurados únicamente con la cobertura de fallecimiento sin el beneficio de la invalidez o incapacidad total y permanente, y sin aplicar ningún requisito de selección médica.

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 invalidez o incapacidad total y permanente:

- a) La invalidez o 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 invalidez o 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.

La cobertura de invalidez o 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 o invalidez total y permanente y, el de esta última, al primero.

En todo caso, el dictamen de invalidez o 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, los estudios y pruebas necesarias al asegurado, que permita determinar si la invalidez o 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.

SEGUNDA. SUMA ASEGURADA.

“LA ASEGURADORA” pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del fallecimiento o invalidez o incapacidad total y permanente del asegurado, dentro de la vigencia de esta póliza, el monto equivalente a cuarenta meses de percepción ordinaria bruta mensual (que se integra del sueldo base más la compensación garantizada), que perciba el asegurado 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 invalidez o 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 de invalidez o incapacidad total y permanente y, el de esta última, al primero.

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 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.

CUARTA. PRIMA.

El importe de la prima mensual a pagar por cada asegurado será la cantidad equivalente al 0.66% (cero punto sesenta y seis por ciento) de su percepción ordinaria bruta mensual, que será cubierto por **“EL CONTRATANTE”**.

En el caso de los pensionados o jubilados asegurados, el monto de la prima mensual a pagar durante la vigencia del contrato, por cada asegurado, será la cantidad equivalente al 0.70% (cero punto setenta por ciento) de su pensión mensual, que se cubrirá por cada pensionado o jubilado a través del ISSSTE.

La retención y entero de las primas a **“LA ASEGURADORA”**, la realizará el ISSSTE en los casos que resulten procedentes.

El pensionado o jubilado podrá renunciar a esta cobertura en cualquier momento y será irrevocable.

La cobertura del seguro de vida, continuará vigente aun cuando las personas pensionadas no cobren tres meses consecutivos de pensión, porque le sea suspendida la misma por falta del pase de vigencia de derechos ante el ISSSTE. Cuando la persona pensionada se encuentre en este supuesto, el ISSSTE deberá avisar a **“LA ASEGURADORA”**, informando a partir de qué fecha inicia la suspensión de la pensión y de inmediato deberá avisar a **“LA ASEGURADORA”** cuando active nuevamente la pensión de la persona pensionada.

La renuncia al seguro de vida de los pensionados es irrevocable, y deberá efectuarse directamente ante el ISSSTE, mediante escrito del pensionado para cancelar la retención del descuento de la prima.

Los reclamos de los beneficiarios para el pago de la suma asegurada y las solicitudes de devolución de primas por parte de los pensionados, que no sean por causas inherentes al ISSSTE, deberán ser atendidos por **“LA ASEGURADORA”**.

El monto de la prima se cuantificará precisamente con base en los reportes de altas y bajas del grupo asegurado, que **“EL CONTRATANTE”** proporcionará a **“LA ASEGURADORA”** mensualmente; el ajuste del importe de la prima a pagar se efectuará mensualmente¹.

QUINTA. SALARIO O PENSIÓN.

El salario 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 salario y la pensión que **“EL CONTRATANTE”** y INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO/INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL comuniquen por escrito a **“LA ASEGURADORA”**.

El salario 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 (así como de los que ingresen con posterioridad al inicio de la vigencia).
- b) Informar por escrito a **“LA ASEGURADORA”**, dentro de los diez días naturales siguientes al mismo en que se operen, los movimientos de salario, 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 período mensual o según se convenga con **“EL CONTRATANTE”**. El registro de asegurados deberá consignar al menos la

¹ 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 CGEN-S0034-0093-2014 de fecha 16 de junio de 2014.

información siguiente: listado de asegurados que consigne nombre, R.F.C o fecha de nacimiento y sexo; puesto; sueldo mensual 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.

En caso de siniestro, la persona que no se encuentre en el registro de asegurados actualizado no será objeto de cobertura; en todo caso, el sueldo declarado que sirve de base para el pago de prima será la base para el pago de suma asegurada que resulte procedente.

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 diez días naturales siguientes al mismo en que el asegurado 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 diez días naturales siguientes al mismo en que sea requisitado.

Asimismo, el ISSSTE deberá informar por escrito a **“LA ASEGURADORA”**, dentro de los diez 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.

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 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

Se podrán actualizar los consentimientos y designación de beneficiarios. Se proporcionará el consentimiento más reciente a la fecha del siniestro que se encuentre en el expediente de personal que corresponda.

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 treinta días naturales siguientes al mismo en que cause baja de dicho servicio.

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 del asegurado, “LA ASEGURADORA” pagará al o a los beneficiarios designados el monto de la suma asegurada que corresponda, dentro de los veinte días hábiles siguientes a aquél en que se le acredite la ocurrencia del siniestro. Para tal efecto, el o los beneficiarios deberán entregarle la documentación siguiente:

Para los asegurados en activo:

- a) Solicitud de pago del o de los beneficiarios.
- b) Copia certificada por el registro civil del acta de defunción del asegurado.
- c) Identificación oficial del trabajador fallecido.
- d) Último talón de pago o, en su caso, se aceptará constancia de percepciones expedida por “**EL CONTRATANTE**”. Para el caso de asegurados que se hubieren encontrado gozando de licencia médica o cualquier otro tipo de licencia “**EL CONTRATANTE**” expedirá constancia donde se establezca la percepción ordinaria mensual al cien por ciento que le correspondería al asegurado y en la que se señale la fecha de inicio de la licencia.
- e) Identificación oficial del o de los beneficiarios.
- f) Comprobante de domicilio del o de los beneficiarios, con una vigencia no mayor a tres meses.
- g) Si algún beneficiario hubiere fallecido, presentar copia certificada del acta de defunción del mismo.
- h) Oficio expedido por “**EL CONTRATANTE**”, a “**LA ASEGURADORA**”, manifestando la baja del trabajador del servicio activo.
- i) Original del formato de designación de beneficiarios o en su defecto, copia certificada por “**EL CONTRATANTE**”.
- j) Si el (los) beneficiario (s) es (son) ascendientes o descendientes en línea directa del trabajador, encontrándose en el supuesto de exención del impuesto sobre la renta establecido en el artículo

93, fracción XXI de la ley del impuesto sobre la renta y desea ejercer tal derecho, se presentará copia certificada de la documentación que permita acreditar dicho supuesto, como: actas de nacimiento, de matrimonio, de reconocimiento, adopción o jurisdicción voluntaria, o de acreditación de concubinato ante autoridad judicial.

Para los pensionados y/o jubilados:

- a) Solicitud de pago del o de los beneficiarios.
- b) Copia certificada por el registro civil del acta de defunción del asegurado.
- c) Identificación oficial del pensionado o jubilado fallecido.
- d) Último pago de pensión que hubiere percibido, en su caso, se aceptará una constancia expedida por el ISSSTE, en la que se describa el desglose de percepciones y deducciones.
- e) Identificación oficial del o de los beneficiarios.
- f) Comprobante de domicilio del o de los beneficiarios, con una vigencia no mayor a tres meses.
- g) Si algún beneficiario hubiere fallecido, presentar copia certificada del acta de defunción del mismo.
- h) Original del formato de designación de beneficiarios o en su defecto, copia certificada por el ISSSTE.
- i) Si el (los) beneficiario (s) es (son) ascendientes o descendientes en línea directa del pensionado, encontrándose en el supuesto de exención del impuesto sobre la renta establecido en el artículo 93, fracción XXI de la ley del impuesto sobre la renta y desea ejercer tal derecho, se presentará copia certificada de la documentación que permita acreditar dicho supuesto, como: actas de nacimiento, de matrimonio, de reconocimiento, adopción o jurisdicción voluntaria, o de acreditación de concubinato ante autoridad judicial.

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

- a) Solicitud de pago.
- b) Constancia del dictamen de incapacidad total y permanente, expedida por el ISSSTE.
- c) Comprobante del último pago de sueldo percibido por el asegurado, o en su defecto, oficio emitido por **“EL CONTRATANTE”** en el que se haga constar el sueldo al cien por ciento al momento de la expedición del dictamen de invalidez.
- d) Identificación oficial del asegurado.

- e) Oficio expedido por **“EL CONTRATANTE”**, a **“LA ASEGURADORA”**, manifestando la baja del trabajador del servicio activo.
- f) Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a tres meses.

La fecha que se tomará como inicio para la incapacidad total y permanente será la que aparezca en el dictamen de la misma y sólo se indemnizarán los siniestros por este concepto, cuando éstos sean dictaminados dentro de la vigencia de la póliza.

La solicitud de pago será la que proporcione **“LA ASEGURADORA”**.

Será posible solicitar cédula de identificación fiscal, es decir, RFC del beneficiario en caso de que se requiera para efectos de retención conforme a la ley de ISR.

En caso de no ser procedente el pago de un siniestro, **“LA ASEGURADORA”** deberá notificar el resultado negativo del dictamen de siniestros a la persona solicitante durante los cinco días hábiles posteriores a la entrega total de la documentación que ampare la reclamación. El tiempo de respuesta para el pago de los siniestros será de veinte días hábiles.

Cuando se reclame la suma asegurada y **“LA ASEGURADORA”** argumente no haber recibido el pago de prima por parte del ISSSTE, bastará que los beneficiarios presenten ante **“LA ASEGURADORA”** el recibo de pago de la pensión en el que se refleje el descuento del seguro para que **“LA ASEGURADORA”** acepte el pago retroactivo de parte del ISSSTE y consecuentemente realice el pago de la suma asegurada.

Para el **anticipo de suma asegurada para gastos funerarios**. En caso de fallecimiento del asegurado y a solicitud de los beneficiarios, **“LA ASEGURADORA”** pagará por una sola vez a los beneficiarios hasta un treinta por ciento como anticipo a cuenta de la suma asegurada para la cobertura de fallecimiento. El pago de este anticipo deberá hacerse dentro de las 24 horas siguientes a la presentación de la documentación que se cita a continuación:

- a) Solicitud del o de los beneficiarios.
- b) Certificado de defunción o copia certificada por el registro civil del acta de defunción.
- c) Identificación oficial del asegurado y beneficiarios.

- d) Copia del último talón de pago o constancia de percepciones a la fecha del fallecimiento, expedida por **“EL CONTRATANTE”**.

“LA ASEGURADORA” no aplicará ningún otro requerimiento, independientemente de la documentación que se requiera para el pago de la suma asegurada total.

En caso de surgir y/o tener reclamos pendientes de pago, serán a cargo de la aseguradora que fue adjudicada en la vigencia de la fecha que ocurrió el siniestro.

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 salario a través del sistema de nómina de **“EL CONTRATANTE”**, que se aplicarán al incremento de la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento a que se hace mérito en esta póliza, en los términos que al efecto se convengan.

“LA ASEGURADORA” se compromete a aceptar el esquema de potenciación del personal en activo, el cual será opcional para los trabajadores que decidan contratarla, en cualquiera de los rangos que se solicita, la cual será adicional a la suma asegurada básica de 40 veces el salario de la percepción ordinaria mensual, de conformidad con los siguientes rangos:

Rangos de potenciación que se requiere cotizar para el personal en activo.

Rango	Suma asegurada potenciada
1	34 veces el salario de la percepción ordinaria bruta mensual (salario tabular más compensación garantizada)
2	51 veces el salario de la percepción ordinaria bruta mensual (salario tabular más compensación garantizada)
3	68 veces el salario de la percepción ordinaria bruta mensual (salario tabular más compensación garantizada)

Durante la vigencia de la presente póliza, no se podrán realizar modificaciones en el rango de suma asegurada potenciada, pero si podrá cancelarse en cualquier momento, mediante solicitud por escrito del trabajador o de **“EL CONTRATANTE”**.

El pago de la prima de potenciación de los trabajadores que decidan contratar alguno de los rangos anteriores, será a cargo de los mismos, la cual será recaudada por **“EL CONTRATANTE”** mediante descuento vía nómina y será pagado en forma mensual a **“LA ASEGURADORA”**.

La potenciación no estará sujeta a un mínimo de participantes para su aceptación. será opcional para los trabajadores de **“EL CONTRATANTE”**, siendo obligatoria su aceptación para **“LA ASEGURADORA”**.

Para la potenciación aplicará la cobertura de fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez, bajo las mismas condiciones de la cobertura básica.

“EL CONTRATANTE”, hará del conocimiento de los trabajadores el esquema de potenciación durante los primeros 30 días posteriores al inicio de vigencia de la póliza y éstos contarán con 90 días naturales para solicitar su adhesión a este esquema.

Para los trabajadores que ingresen con posterioridad al plazo de los 90 días naturales establecidos para la adhesión al esquema de potenciación, contarán con 60 días naturales después de su ingreso para solicitar su adhesión al mismo.

La suma asegurada potenciada será efectiva desde el momento en que efectúe la solicitud de adhesión por escrito, independientemente de que por razones de fecha no sean incluidos en el pago mensual que realice **“EL CONTRATANTE”**, A **“LA ASEGURADORA”**.

“LA ASEGURADORA”, deberá proporcionar los formatos de la aceptación y consentimiento del esquema de potenciación, los cuales servirán de soporte para que se efectúe el descuento de la nómina del trabajador y el entero a **“LA ASEGURADORA”**.

Prima Potenciada: Importe cubierto por el asegurado mediante descuento en nómina por concepto de complemento de protección, el cual podrá determinar de manera voluntaria dentro de los 90 días naturales a partir del inicio de vigencia, y posteriormente a partir del ingreso a la colectividad dentro de los 60 días naturales siguientes a su alta.

El costo de la prima por cobertura potenciada se determinará considerando directamente la proporción respecto de la prima básica.

Entendiéndose la relación proporcional de la siguiente forma:

F= Fracción aplicada a la percepción ordinaria bruta mensual que determinará la prima.

M= Suma asegurada básica: número de meses (40).

F1= Factor de potenciación $M \div F$.

M2=Número de meses en los que se puede potenciar (34, 51 y 68).

$$F \div M = F1 \times M2$$

El personal jubilado y pensionado no podrá potenciar su suma asegurada.

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 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 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. 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 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. CLÁUSULA DE PRELACIÓN.

Las condiciones particulares o especiales de aseguramiento, así como las modificaciones o adecuaciones derivadas del proceso de LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL ELECTRÓNICA CLAVE INTERNA: LPN-044210999-002-2024, CLAVE ELECTRÓNICA: LA-44-210-044210999-N-32-2024prevalecerán sobre las Condiciones Generales de la presente póliza, 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 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 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 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.

“LA ASEGURADORA” se deberá coordinar con el ISSSTE a efectos de recabar el consentimiento para ser asegurados y la designación de beneficiarios, en el entendido, de que en tanto no se realice esta designación, se aceptarán como válidos los consentimientos y la designación de beneficiarios de la anterior aseguradora o los que hayan sido proporcionados por el propio ISSSTE al jubilado o pensionado.

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. AGRAVACIÓN DEL RIESGO)².

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. 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. 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).**

² 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.

“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 QUINTA. ERRORES Y OMISIONES.

Queda entendido y convenido que cualquier error u omisión accidental en el alta, descripción, inclusión o ubicación no perjudicará los intereses del asegurado, ya que la intención de esta cláusula es de protegerlo en todo tiempo. **“EL CONTRATANTE”**, reportará a **“LA ASEGURADORA”** el error u omisión tan pronto como sea posible después de su identificación o siniestro, y en caso de que dicha corrección lo amerite se efectuará el ajuste de prima correspondiente, sin que esta situación afecte el pago de siniestros.

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 00:00 horas del 21 de febrero de 2024 y hasta las 24:00 horas del día 31 de diciembre de 2024.

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 otras aseguradoras, 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. “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.

“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.”

Definiciones. En lo sucesivo se entenderá para efectos de este contrato como:

Aseguradora: Nombre de la institución de seguros o sociedad mutualista de seguros a la que se adjudique el contrato.

Asegurados: Las personas servidoras públicas que ocupan una plaza de estructura o eventual del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, así como las personas jubiladas y pensionadas que decidan optar por continuar aseguradas al adquirir dicha condición.

Causa del Siniestro: Motivo que originó el riesgo cubierto por el presente contrato (fallecimiento, incapacidad total, incapacidad permanente total e invalidez).

Caso Fortuito o de Fuerza Mayor: Aquellos hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de cualquiera de las partes, siempre y cuando no se haya dado causa o contribución a ellos.

Cobertura básica: La protección de 40 meses de la percepción ordinaria por fallecimiento o incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez.

Cobertura potenciada: La protección adicional a la cobertura básica más 34, 51 ó 68 meses de la percepción ordinaria por fallecimiento o incapacidad total o incapacidad permanente total o invalidez.

Cobertura básica para personas pensionadas: La protección de 18 meses del monto de la pensión mensual que tenía a la fecha del fallecimiento.

Consentimiento Individual y designación de beneficiarios: El formato que llena la persona servidora pública asegurada para aceptar la cobertura del seguro y a través del cual designará a sus personas beneficiarias.

Contrato: Instrumento jurídico a través del cual la Aseguradora se obliga mediante una prima a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista.

Contratante: El Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

Cuota: Prima expresada como porcentaje de la percepción ordinaria de cada persona servidora pública, o de la pensión de cada persona pensionada, según sea el caso.

Dirección de Desarrollo Humano y Organizacional: La Dirección de Desarrollo Humano y Organizacional del INAI.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Incapacidad Total: La pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. Lo anterior provocado por los riesgos de trabajo.

Incapacidad Permanente Total: La pérdida de facultades o aptitudes de una persona, que la imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, cualquiera que sea la naturaleza del riesgo que la haya producido.

Invalidez: Cuando la persona servidora pública activa haya quedado imposibilitada para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual, percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional.

Percepción ordinaria bruta mensual: La suma del sueldo base y la compensación garantizada (ambos con importes brutos y mensuales).

Pensión: La renta o retiro programado.

Pensionados: Toda persona a la que la legislación laboral le reconozca tal carácter y forme parte del grupo asegurable.

Póliza: Número con el que la aseguradora identificará al contratante.

Prima Básica: Costo de la cobertura básica.

Prima Potenciada: Costo de la cobertura potenciada.

Reglamento: Reglamento de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.

Riesgo de Trabajo: Todos aquellos accidentes y enfermedades a que están expuestos las personas servidoras públicas en el ejercicio o con motivo del trabajo.

Se considera como accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presente, así como aquellos que ocurran a la persona servidora pública al trasladarse directamente de su domicilio o del centro de educación básica de sus hijas e hijos, al lugar en el que desempeñe su trabajo o viceversa.

Asimismo, se consideran como riesgos de trabajo las enfermedades señaladas por las leyes del trabajo.