

Anexo I. Especificaciones Técnicas Seguro de Vida

1. OBJETIVO

Contar con una cobertura de protección económica para los beneficiarios de los asegurados que fallezcan o para el propio asegurado en los casos de incapacidad total permanente, incapacidad parcial permanente del 50% o más, invalidez definitiva del trabajador o pérdidas orgánicas.

2. DEFINICIONES

ACCIDENTE: Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del asegurado. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el asegurado.

ANTIGÜEDAD: Es el tiempo que el asegurado ha estado cubierto en forma continua por el Seguro de Vida RUV.

ASEGURADO: Cada uno de los miembros del grupo asegurado, cubierto por los riesgos amparados por esta póliza.

ASEGURADORA: Es la compañía de seguros que otorga los servicios de aseguramiento.

BENEFICIARIO: Persona o personas que, por designación del asegurado, y a falta de designación del asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la suma asegurada contratada, en su proporción correspondiente.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido por la Aseguradora para cada asegurado, en el que se consignan los principales datos del programa de aseguramiento como nombre de la Aseguradora, nombre del asegurado, número de certificado, fecha de inicio y término de vigencia del contrato de seguro, suma asegurada, tipo de seguro y número de póliza de seguro.

CONTRATO / PÓLIZA: Conjunto de documentos en los que se formaliza la contratación del seguro a través del cual la Aseguradora se obliga mediante una prima a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en las condiciones del seguro, la carátula las condiciones generales, las condiciones particulares, el registro de asegurados correspondiente, los consentimientos individuales, los certificados individuales y las cláusulas adicionales que se agreguen, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el RUV y la compañía.

CONTRATANTE: Persona Física o Moral que interviene en la celebración del contrato, misma que para efectos de éste, será la responsable del pago de la prima.

EMPLEADO / EMPLEADO ACTIVO: Trabajados o trabajadora en funciones en el RUV, en el vigor entregado a la Aseguradora se indicará cuáles asegurados pertenecen al grupo de empleados activos.

ENDOSO: Documento que forma parte del contrato, modificando, precisando y/o adicionando sus condiciones generales.

GRUPO ASEGURADO: Está conformado por todos los trabajadores en activo que laboren al servicio del RUV, estas personas serán denominadas asegurados titulares.

INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE: Es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar”, artículo 479 Ley Federal del Trabajo.

INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE: Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, artículo 480 Ley Federal del Trabajo.

INVALIDEZ: Cuando el asegurado se halle imposibilitado 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 profesionales, artículo 119 Ley del Seguro Social.

NÚMERO DE CERTIFICADO: Identificador de la Aseguradora mediante el cual distingue a cada asegurado en las coberturas.

PERDIDA ORGÁNICA: Se entenderá por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o la pérdida irreparable de la función; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función; por pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

PERIODO DE GRACIA: Periodo durante el cual están en vigor las coberturas del seguro, aunque no se haya pagado el recibo de la prima.

PERIODO DE ESPERA: Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de la fecha de contratación de cada asegurado, a fin de poder cubrir con el seguro los eventos así indicados.

PRIMA: Es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del contratante.

RECLAMACIÓN: Es el trámite que efectúa el asegurado o los beneficiarios de este ante la Aseguradora, para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de algún evento contemplado en la póliza.

RUV: Fideicomiso Registro Único de Vivienda.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora, convenido para cada cobertura y aplicable por los eventos definidos en la póliza y ocurrido dentro de la vigencia de la misma.

UMA: Unidad de Medida y Actualización Diaria.

UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual.

VIGENCIA: Periodo de validez del contrato de seguro.

3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO

CONTRATANTE: Fideicomiso Registro Único de Vivienda (RUV).

ASEGURADOS: Los empleados activos del RUV que tengan relación de trabajo con el RUV (por tiempo determinado e indeterminado), la cobertura no aplica para personal jubilado, externo, ni para aquellos que tengan celebrado un contrato de honorarios ni servicios profesionales. No se aplicará ningún examen médico a los empleados.

BENEFICIARIOS: Los que designe cada asegurado de acuerdo con el consentimiento que para tal efecto firme cada uno de ellos, para la cobertura de incapacidad total permanente

del 50%o más, invalidez definitiva del trabajador o pérdidas orgánicas, el beneficiario, será el mismo asegurado.

VIGENCIA: De las 12:00 horas del 01 de octubre de 2022 a las 12:00 horas del 01 de octubre de 2023.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN COMO ASEGURADOS: La Aseguradora se obliga, a través de la Gerencia de Administración y Finanzas (GAF) por medio de un correo electrónico institucional, a proporcionar a cada asegurado un certificado individual de seguro, formato de consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios. Los asegurados deberán designar a sus beneficiarios el porcentaje que le corresponderá a cada uno de ellos.

Para la aplicación de consentimientos de diferentes aseguradoras será indispensable que la misma la certifique el RUV indicando que es la última elaborada por el asegurado.

La entrega de la papelería indicada en el párrafo anterior será a más tardar el día hábil posterior al inicio de la vigencia de la póliza.

Una vez que la Aseguradora entregue la papelería correspondiente, ésta será entregada a cada uno de los asegurados para la designación de sus beneficiarios. Si durante el proceso de designación de beneficiarios en el formato de la Aseguradora, ocurriera el fallecimiento o la incapacidad de algún asegurado la Aseguradora, pagará a los beneficiarios que el asegurado haya establecido en el último formato de designación de beneficiarios de las aseguradoras anteriores que hayan sido contratadas por el RUV.

La GAF entregará a la Aseguradora copia de la última designación de beneficiarios realizado por el asegurado, en el formato vigente al momento de la designación, el RUV será el encargado de recabar y custodiar los formatos a través de los cuales se estampe el consentimiento de cada uno de los miembros del grupo asegurado que a su vez será la designación de sus beneficiarios.

En situaciones extraordinarias que impidan o dificulten la entrega de información o papelería física, podrá ser proporcionada de manera digital a través de archivos electrónicos enviados por correo electrónico institucional, debiéndose entregar los formatos físicos en cuanto la situación extraordinaria concluya y sea posible hacerlo.

ENLACE ADMINISTRATIVO: La Aseguradora deberá designar un ejecutivo de cuenta para tener contacto con el RUV que permita proporcionar entre otros los siguientes beneficios:

- Información actualizada de siniestralidad.
- Atención de altas y bajas de los asegurados.
- Entrega de formato de consentimientos individuales para que el asegurado pueda designar a sus beneficiarios, quedando estos consentimientos en poder del contratante, la aseguradora está comprometida a cubrir los siniestros procedentes que ocurran dentro del período de vigencia aún y cuando no se tengan certificados de aseguramiento, para estos casos se documentará la

reclamación con los comprobantes de alta y antigüedad del asegurado en la colectividad.

- Recepción de reclamos.
- Información y orientación para trámites
- Entrega de cheques de pago de suma asegurada a la Gerencia de Administración y Finanzas o beneficiarios en forma oportuna.
- La atención y resolución de situaciones no previstas.
- Gestionar los cambios en las condiciones de aseguramiento que le solicite el RUV.

En caso de que este ejecutivo necesite ser cambiado la Aseguradora deberá mandar carta al RUV informando el cambio de Ejecutivo Indicando el nombre, correo electrónico y teléfono, lo anterior con 5 días hábiles de anticipación a la fecha de cambio, en caso de que la aseguradora incumpla con este punto se aplicará una penalización de 30 UMA (Unidad de Medida y Actualización), por cada día hábil de retraso.

3.1. EDADES DE ACEPTACIÓN AL SEGURO: De 15 años y sin límite de edad, tanto al momento de iniciar la contratación como en las altas que se den durante la vigencia del contrato.

3.2. FORMA DE ADMINISTRACIÓN: La GAF informará a la Aseguradora a través de correo electrónico institucional, las altas y bajas que ocurran durante la vigencia de la póliza, los primeros 5 días hábiles a partir de la fecha de ingreso o baja del asegurado titular. El pago de ajuste en la prima debida a los movimientos de altas y bajas de asegurados que ocurran con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza la entrega por parte de la Aseguradora del correspondiente recibo o factura en formato PDF y XML al RUV a través del correo electrónico institucional.

Los ajustes a la prima por concepto de altas y bajas que ocurran posteriores al inicio de la vigencia de la póliza se realizarán a prorrata considerando el tiempo en el que hayan estado o estarán cubiertos los asegurados.

Las altas y bajas tienen aplicación inmediata para fines de atención del seguro una vez que se haya notificado por parte de la GAF al Ejecutivo de Cuenta.

En caso de que la Aseguradora incumpla con este punto se aplicará una pena convencional de 30 UMA (Unidad de Medida y Actualización), por cada día hábil de retraso.

3.3. AVISO DE PROMOCIONES Y DEMOCIONES: En relación con la declaración de las promociones y demociones salariales que de manera individual o colectiva el RUV realice a sus empleados, se observarán los siguientes criterios:

- La seguradora pagará los beneficios que correspondan de acuerdo con el último salario tabulado que el empleado tenga a la fecha del siniestro, para ello el RUV a través de la GAF reportará a la Aseguradora, durante los primeros 5 días naturales posteriores a la variación de los salarios.
- Si la muerte del empleado ocurre dentro de los 5 días naturales referidos en el primer punto de estas precisiones, la GAF, mediante, comunicado formal del reclamo informará el cambio salarial, anexando al mismo recibo de nómina que corresponda a la quincena en la cual ocurrió la muerte del empleado.

- En el caso del cambio de salario por promociones salariales, el RUV pagará a la Aseguradora las primas de aseguramiento que correspondan, en caso de demociones en el salario de los empleados, la Aseguradora devolverá la prima de aseguramiento que correspondan. En ambos casos los ajustes en las primas se realizarán de acuerdo con el nuevo salario y al periodo de aseguramiento por devengar.
- La GAF reportará de manera mensual las promociones y demociones, a través de correo electrónico institucional, pero el pago de ajuste en las primas de aseguramiento correspondiente se realizará de manera semestral, el pago de ajuste a la prima se llevará a cabo en dos ocasiones: la primera, 60 días hábiles después del cierre del año calendario, y la segunda 40 días hábiles después del final de la vigencia, previa conciliación y acuerdo de la aplicación de los movimientos y la prima resultante entre la Aseguradora y la GAF y a la entrega por parte de la Aseguradora del correspondiente recibo o factura en formato PDF y XML al RUV a través de correo electrónico institucional.

4. CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO

4.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (BENEFICIO BÁSICO): La Aseguradora pagará con motivo del fallecimiento del asegurado por cualquier causa, durante la vigencia de la póliza, una suma asegurada cuyo monto será el equivalente a veinticuatro veces el salario mensual tabular, entendiéndose este como el sueldo base, sin prestaciones, que perciba el asegurado al momento de ocurrir el fallecimiento.

La suma asegurada se incrementa con motivo de las revisiones salariales que se den en el RUV, no existiendo fecha exacta para tales revisiones, la GAF informará de dicha revisión a más tardar los primeros 10 días hábiles del mes posterior a que se realice la revisión salarial señalada. Dichos incrementos serán con previo aviso por escrito del RUV.

El RUV pagará el ajuste de primas a prorrata que se derive de incrementos en la suma asegurada por revisiones salariales y se pagará de acuerdo con los meses que falten por vencer en la vigencia.

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, en un plazo máximo de 10 días hábiles posteriores a que el beneficiario o la GAF haya entregado a la Aseguradora, la documentación que se solicite completa y debidamente requisitada.

El riesgo que se cubre es el de muerte por cualquier causa y en cualquier lugar.

4.2. DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS: Durante la vigencia de la póliza, los asegurados gozarán del beneficio de doble indemnización por muerte accidental o pérdidas orgánicas, este beneficio cubre, la muerte o las lesiones corporales producidas en la persona del asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, exclusivamente si dichas lesiones o la muerte ocurren dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de dicho accidente.

Entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del asegurado, no se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el asegurado.

Se entenderá por pérdida orgánica, la pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o la pérdida irreparable de la función; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

La suma asegurada por este beneficio será igual al doble del importe de la suma asegurada del beneficio básico, es decir, la suma asegurada total que recibirán los beneficiarios designados es de cuarenta y ocho meses del salario mensual tabular que estuviese ganando el asegurado al momento del fallecimiento.

El monto de la indemnización que se otorgará por muerte accidental o por pérdidas orgánicas estará dada por la siguiente tabla:

TABLA DE INDEMNIZACIONES	
Por la muerte accidental del asegurado	100%
Por la pérdida de:	Escala B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie juntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Amputación parcial de un pie, incluyendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el pulgar y/o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar ni el índice	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
El pulgar y otro dedo, de la misma mano que no sea el índice	25%
El índice y otro dedo, de la misma mano, que no sea el pulgar	20%
Acortamiento de por lo menos 5 centímetros de un miembro inferior	15%
El dedo medio o el anular o el meñique de cualquier mano	5%
El índice de cualquier mano	10%

La suma asegurada se incrementa con motivo de las revisiones salariales que se den en el RUV, no existiendo fecha exacta para tales revisiones, la GAF informará de dicha revisión a más tardar los primeros 10 días hábiles del mes posterior a que se realice la revisión salarial señalada. Dichos incrementos serán con previo aviso por escrito del RUV.

La suma asegurada por este beneficio será el doble del importe de la suma asegurada del beneficio básico, es decir, la suma asegurada total que recibirán los beneficiarios designados es de cuarenta y ocho meses del salario mensual tabular que estuviese ganando el asegurado al momento del fallecimiento, o por pérdida orgánica.

El pago del importe total de la mencionada suma asegurada se llevará a cabo en una sola exhibición directamente al asegurado o a los beneficiarios designados por el asegurado, en un plazo máximo de 10 días hábiles posteriores a que la GAF haya entregado a la Aseguradora la documentación que se solicite completa y debidamente requisitada.

4.3 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Durante la vigencia de la póliza, los asegurados gozarán del beneficio de pago de la suma asegurada por incapacidad total y permanente de conformidad con la presente póliza.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para efectos de esta cláusula se considerará incapacidad total y permanente cuando el asegurado haya sufrido lesiones corporales o padezca una enfermedad que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y cuando se presuma que dicha imposibilidad es de carácter permanente.

Se considerará también como incapacidad total y permanente la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, así como la pérdida de ambas manos, de ambos pies, o de una mano y un pie, una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, no se considera incapacidad total y permanente la causada por lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

La Aseguradora pagará al asegurado que quede incapacitado total o permanentemente, en las condiciones señaladas en el párrafo anterior cuando sean presentadas las pruebas de la existencia de la incapacidad total y permanente, una suma asegurada equivalente a veinticuatro veces el salario mensual tabular vigente a la fecha del siniestro.

El dictamen de incapacidad total y permanente deberá ser expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La fecha del siniestro será la que el IMSS establezca en el dictamen.

Tanto el Estado de incapacidad como el de invalidez serán dictaminados por el IMSS.

La Aseguradora deberá aceptar en todo momento el dictamen de incapacidad e invalidez expedido por el IMSS y no podrá someter a valoración, por algún otro médico, dichos estados.

El pago de la suma asegurada de la cobertura de vida excluye el de la incapacidad total y permanente y de esta última al primero, asimismo, el pago de la suma asegurada de la cobertura básica, así como la cobertura de muerte accidental y pérdida orgánicas (pérdida de miembros) excluye la de incapacidad total permanente, incapacidad parcial permanente del 50% o más, e invalidez definitiva del trabajador y el pago de esta última a las primeras.

El pago del importe total de la mencionada suma asegurada se llevará a cabo en una sola exhibición directamente al asegurado en un plazo máximo de 10 días hábiles posteriores a que la GAF haya entregado a la Aseguradora la documentación que se solicite completa y correcta.

La Aseguradora se hará cargo de los eventos que ocurran en la vigencia que le corresponde, es decir, será responsable de aquellos siniestros ocurridos y reportados dentro de la vigencia suscrita, se ratifica que la Aseguradora que en su momento haya tenido la cobertura pagará toda y cada reclamación sin importar el tiempo transcurrido para obtener el dictamen del Instituto Mexicano del Seguro Social.

4.4. SUMA ASEGURADA: La Aseguradora pagará por concepto de suma asegurada las cantidades que se especifican en la siguiente tabla:

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
Muerte por cualquier causa	24 veces salario mensual tabular vigente a la fecha del siniestro
Doble indemnización por muerte accidental	24 veces salario mensual tabular vigente a la fecha del siniestro.
Incapacidad total permanente, incapacidad parcial permanente del 50% o más que tenga como consecuencia la terminación de la relación laboral, la invalidez definitiva del trabajador	24 veces salario mensual tabular vigente a la fecha del siniestro
Pérdidas orgánicas	De acuerdo con la tabla de pérdidas orgánicas.

En caso de licencia médica sin goce de sueldo, se sigue considerando como asegurado, el pago de beneficios deberá calcularse con el último sueldo percibido por el asegurado.

La Aseguradora está obligada a cubrir los estados de invalidez e incapacidad que provengan de enfermedades preexistentes.

La muerte accidental y pérdidas orgánicas se tratan en una cobertura compuesta, esto significa que en caso de que primero ocurra el evento de pérdidas orgánicas y luego la muerte accidental a consecuencia del mismo accidente que dio origen a la pérdida orgánica se pagará por muerte el porcentaje faltante para completar el 100%, en el caso de ocurrir consecutivamente eventos de pérdidas orgánicas se pagará hasta completar el 100% de la suma asegurada.

En caso de siniestro por muerte accidental, la suma asegurada es la suma de la muerte natural de 24 veces el salario mensual más la muerte accidental por otras 24 veces el salario mensual dando un total de 48 veces el salario mensual, dada la doble indemnización por muerte por accidente.

El pago de la suma asegurada de la cobertura básica, así como la cobertura de muerte accidental y pérdidas orgánicas (pérdida de miembros) excluye la de incapacidad total permanente, incapacidad parcial permanente del 50% o más, e invalidez definitiva del trabajador y el pago de esta última a las primeras.

4.5 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS, INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE DEL 50% O MÁS, E INVALIDEZ DEFINITIVA DEL TRABAJADOR.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, los asegurados podrán hacer designación o cambios de beneficiarios mediante notificación por escrito que deberá entregar a la Gerencia de Administración y Finanzas.

En el supuesto de que la notificación de beneficiarios de que se trata no se reciba oportunamente, el importe del seguro se pagará a los beneficiarios señalados o nombrados en el último certificado que se tenga en el RUV o en la Aseguradora actual.

El asegurado podrá renunciar al derecho que tiene de cambiar de beneficiario, haciendo su designación con carácter de irrevocable. Para que dicha renuncia surta sus efectos deberá hacerse cargo por escrito a través del certificado respectivo, entregarlo a La Aseguradora e informarle al beneficiario designado de esta decisión.

Cuando no haya beneficiario designado o si sólo se nombró a un beneficiario 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 legal del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiera 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, se distribuya proporcionalmente entre los demás beneficiarios, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

El RUV tiene en resguardo la designación de beneficiarios de cada empleado, en caso de suceder un siniestro el RUV proporcionará copia simple de este documento a través de correo electrónico.

La Aseguradora deberá aceptar consentimiento de designación de beneficiarios anteriores o de otras compañías sin importar su antigüedad.

4.6 REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS, INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE DEL 50% O MÁS E INVALIDEZ DEFINITIVA DEL TRABAJADOR.

Al ocurrir el fallecimiento del asegurado, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el monto de la suma asegurada que corresponda, dentro de los 10 días hábiles siguientes al día en que se acredite la ocurrencia del siniestro, el plazo se contabilizará a partir de la fecha en que la Aseguradora reciba todas las pruebas y documentación requerida para fundamentar la reclamación, dichas pruebas y documentación son:

Para tal efecto, el beneficiario deberá entregar, de manera física o digital, a la GAF la siguiente documentación:

- I. Copia certificada del acta de defunción del asegurado
- II. Copia del acta de nacimiento del asegurado
- III. Designación de beneficiarios
- IV. Copia de identificación oficial (credencial de elector del INE, pasaporte vigente o cartilla del servicio militar) del asegurado.
- V. Comprobante del último pago de salario del asegurado
- VI. Formato de solicitud de pago de los beneficiarios
- VII. Identificación oficial (credencial de elector del INE, pasaporte vigente o cartilla del servicio militar del (los) beneficiario (s).
- VIII. Copia del acta de nacimiento del (los) beneficiario (s)
- IX. Copia certificada del acta del ministerio público, en caso de ser muerte por accidente.

La GAF enviará a la Aseguradora la documentación mencionada de manera física acompañada de oficio, o en caso necesario, mediante correo electrónico institucional, a lo más un día hábil posterior a que haya validado que la información está completa y correcta.

Para el pago de la suma asegurada por pérdida orgánicas o de la vista, así como incapacidad total permanente, incapacidad parcial permanente del 50% o más, e invalidez definitiva del trabajador por un accidente o consecuencia del accidente, la Aseguradora pagará al asegurado el monto de la suma asegurada que corresponda, dentro de los 10 días hábiles siguientes al día en que se acredite la ocurrencia del siniestro.

La GAF deberá entregar a la Aseguradora la siguiente documentación:

- A. Constancia del dictamen de incapacidad total y permanente, expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social y formato que emita el IMSS para demostrar la pérdida de los miembros, preferentemente se entregará el dictamen original del IMSS, pero ello no exime que en algunos casos se proporcione copia del original cotejada por el instituto.
- B. Radiografías de la parte afectada en caso de pérdida de miembros.
- C. Comprobante del Último pago de salario que percibió el asegurado.
- D. Solicitud de pago del asegurado
- E. Identificación del asegurado
- F. Copia certificada del acta del Ministerio Público en caso de accidente

La GAF enviará a la Aseguradora la documentación mencionada de manera física acompañada de oficio, o en caso necesario, mediante correo electrónico institucional, a lo más, un día hábil posterior a que haya validado que la información está completa y correcta.

5. CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA.

5.1 REGISTRO DE ASEGURADOS: La GAF entregará a la Aseguradora, dentro de los primero 5 días hábiles de iniciada la vigencia mediante archivo electrónico en formato Excel enviado a través de correo electrónico institucional, relación con nombre del asegurado, sueldo tabular mensual, fecha de nacimiento de cada asegurado y el género de cada participante.

Una vez asignados los números de certificados para cada asegurado, la Aseguradora se obliga a presentar a la Gerencia de Administración y Finanzas el listado que permita relacionar dichos números de certificados con los asegurados presentados en el vigor de inicio.

5.2 ALTAS EN EL GRUPO ASEGURADO: Los empleados que ingresen al grupo asegurado posteriormente a la celebración del contrato quedarán asegurados sin requisito de asegurabilidad, pero sujetos a las edades de aceptación mencionadas anteriormente y hasta la suma definida y sus beneficiarios quedarán asegurados bajo los mismo términos y condiciones del grupo asegurado.

Los nuevos miembros de la colectividad se registrarán por las condiciones y términos en esta cobertura, de acuerdo con las sumas aseguradas, establecidas en cada uno de los apartados de este seguro de vida.

La Aseguradora se obliga a presentar a la GAF el listado que permita establecer la correspondencia de los números de certificados asignados con los asegurados dados de alta.

5.3 BAJAS EN EL GRUPO ASEGURADO: Al separarse el asegurado del servicio **activo** a favor del RUV, automáticamente causará baja de este seguro, independientemente de la causa de separación, quedando sin validez alguna el certificado expedido, esto aplica únicamente para los empleados que dejan de tener relación con el RUV y por lo tanto no tienen derecho a los beneficios institucionales.

5.4 MODIFICACIONES: Las condiciones generales de la póliza y sus endosos respectivos sólo podrán ser modificados por el RUV y se harán constar mediante **endosos** o cláusulas adicionales.

Las modificaciones que durante la vigencia del presente contrato-póliza pudieran darse se harán a través de la expedición de los endosos que se requieran, de esta manera la expedición de los endosos que se requieran, de esta manera la expedición de los endosos implica el consentimiento de ambas partes.

Toda modificación a las condiciones generales y/o endosos respectivos será previo acuerdo entre ambas partes.

5.5 NOTIFICACIONES: Todas las notificaciones de altas y bajas se enviarán a través de medios electrónicos, los primeros 5 días hábiles a partir de la fecha de ingreso o baja del asegurado titular.

5.6 MONEDA: Todos los pagos relativos a este seguro, por parte del RUV se realizará en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de estos.

5.7 PAGO DE PRIMA: La prima de la póliza correspondiente al seguro de vida estará a cargo del RUV y será pagada en una sola exhibición al inicio de la vigencia, el pago de la prima se realizará mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que la Aseguradora tenga registrada en el RUV.

Para ello, la Aseguradora deberá entregar la carátula de póliza, condiciones de aseguramiento y el recibo o la factura correspondiente en formato PDF y XML a conformidad del RUV, en los mismos términos y condiciones establecidos durante el proceso de contratación con la cual la Aseguradora resultó adjudicada. La prima será pagada dentro de los 30 días naturales siguientes a que la Aseguradora haya realizado la entrega de dicha documentación.

5.8 FORMA DE PAGO: El pago de la prima será al contado en una sola exhibición, en caso de renovación del contrato el RUV tendrá derecho a cambiar la forma de pago de las primas.

La prima es pagada completamente por el RUV y no hay participación de los empleados en el pago de esta.

5.9 PAGOS IMPROCEDENTES: Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al RUV y la Aseguradora a reintegrar el pago.

5.10 PERIODO DE GRACIA: El periodo de gracia será de 30 días naturales siguientes después de haber recibido la póliza y la factura, en caso de no recibir el pago de la prima en este plazo la póliza se cancelará una vez transcurrido el período de gracia sin que se haya pagado la prima, la póliza quedará sin ningún valor, pudiendo, sin embargo, rehabilitarse posteriormente, según la cláusula siguiente, los siniestros ocurridos durante el periodo de gracia serán cubiertos por las pólizas.

En caso de que la Aseguradora no entregue desde el inicio de la vigencia la información en los términos descritos la cláusula 5.7 “pago de prima”, el periodo de gracia se recorrerá tantos días como la Aseguradora tarde en realizar tal entrega.

En caso de que transcurran 30 días naturales a partir del inicio de vigencia del contrato-póliza y el RUV no logre haber realizado el pago correspondiente debido a que la Aseguradora no ha presentado la carátula de póliza, condiciones de aseguramiento y/o el recibo o la factura correspondiente en formato PDF y XML en los mismos términos y condiciones establecidos durante el proceso de contratación con la cual la Aseguradora termine y a atender y pagar los siniestros que se presenten mientras la Aseguradora entregue la documentación sin errores y se pueda efectuar el pago de la misma.

5.11 REHABILITACIÓN: El contrato-póliza quedará rehabilitado en su vigencia original inmediatamente una vez realizado el pago de prima, posterior al periodo de gracia señalado.

5.12 EDAD: De 15 años y sin límite de edad en todas las coberturas.

5.13 AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA: La Aseguradora pagará los beneficios aquí definidos por muerte, muerte accidental, incapacidad total y permanente y pérdidas orgánicas conforme al salario tabular vigente al momento del siniestro.

5.14 DISPUTABILIDAD: El contrato, dentro del primer año de su vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el RUV para la apreciación del riesgo, tratándose de miembro de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior se contará a partir de la fecha en que quedo asegurado, renunciando la compañía a todos los derechos que, conforme a la ley, son renunciables para atacar de nulidad la póliza y los certificados individuales o para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el contrato.

5.15 SUICIDIO: Cubierto con periodo de espera de un mes de vigencia de la póliza, en caso de muerte por suicidio de cualquier asegurado.

5.16 BENEFICIARIOS: El asegurado es el único que puede designar a su o sus propios beneficiarios, dicha designación se lleva a cabo al momento de llenar su consentimiento.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, el asegurado puede cambiar al beneficiario o los beneficiarios designados, mediante notificación por escrito a la

compañía, indicando el nombre del nuevo beneficiario y remitiendo el certificado para ser anotado.

En caso de que la notificación de beneficiarios de que se trata no se reciba oportunamente, el importe del seguro se pagará a los beneficiarios señalados o nombrados en el último certificado que se tenga en el formato de la Aseguradora o de la aseguradora anterior.

El asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar de beneficiario, haciendo su designación con carácter de irrevocable, para que dicha renuncia surta sus efectos, deberá hacerlo por escrito a través del certificado respectivo y entregarlo a la GAF.

Cuando no haya beneficiario designado, o si solo se nombró a un beneficiario y este fallece antes o al mismo tiempo que el asegurado y no exista designación de otro beneficiario, el importe del asegurado se pagará a la sucesión legal del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiera 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 se distribuirá proporcionalmente entre los demás beneficiarios, siempre que no se haya estipulado otra cosa.

5.17 COMPROBACIÓN DE LA RECLAMACIÓN: El beneficiario que pretenda una indemnización al amparo de los beneficios de esta póliza deberá presentar su reclamación adjuntando la documentación que en este mismo contrato se define, la Aseguradora no podrá exigir al beneficiario documentación adicional, salvo en aquellos casos en que la causa del siniestro sea a consecuencia del uso de alguna droga enervante, estimulante o similares será necesario comprobar la prescripción médica.

En caso de que los beneficiarios o el asegurado según el caso, no cuenten con talón de pago a la fecha de la eventualidad prevista en el contrato, podrán presentar constancia de percepciones y deducciones desglosada, con lo que se avalaría el salario y que se encontraba al 100% del mismo, para efectos del cálculo de la suma asegurada.

De igual manera, para el caso de invalidez, el asegurado presentará constancia de baja en el que se señala el motivo de esta.

5.18 LIQUIDACIÓN: La Aseguradora pagará al asegurado, en vida de este o a sus beneficiarios en caso contrario, la indemnización que proceda, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

El pago que la Aseguradora deberá realizar al asegurado o a sus beneficiarios se realizará dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado reciba todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación, siempre y cuando la indemnización sea procedente.

5.19 INTERES MORATORIO: En caso de que la Aseguradora, no cumpla con lo dispuesto en el punto anterior, queda obligada a pagar al asegurado, beneficiario o

tercero dañado, un interés moratorio en los términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

5.20 PAGO DE SINIESTROS NO REPORTADOS: La Aseguradora está obligada a cubrir los siniestros ocurridos no reportados dentro de la vigencia del contrato de seguro que suscribió, aún y cuando el período de cobertura hubiera acabado, lo anterior siempre y cuando se presente la documentación que compruebe la ocurrencia del evento.

5.21 PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que se deriven de este Anexo Técnico mismas que estarán contenidas en el Contrato-Póliza de seguro, prescribirán en los términos señalados en el capítulo V (prescripción) de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5.22 SEPARACIÓN DE GRUPO ASEGURADO: En caso de separación definitiva del grupo asegurado, la persona de que se trate, sin examen médico y por una sola vez podrá contratar un seguro de vida individual, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre y cuando su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora, el costo de la prima se fijará de acuerdo con la tarifa aplicable en razón de su edad y ocupación.

Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo asegurado deberá presentar su solicitud a la Aseguradora dentro de los treinta días naturales siguientes a su separación.

La suma asegurada a lo más podrá ser igual a la que tenía contratada al momento de dejar el grupo.

5.23 SALARIO: El salario que servirá de base para determinar el importe de la suma asegurada será el vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

5.24 REQUISITOS DE EXIGIBILIDAD: Sin requisitos de exigibilidad.

5.25 PAGO DE BENEFICIOS: Se requiere que el pago de los beneficios sea realizado dentro de los siguientes 10 días hábiles, una vez documentado el siniestro.

En cuanto al pago de beneficios procedentes la Aseguradora los realizará, siempre y cuando se encuentre pagada la prima correspondiente al período en el que ocurrió el siniestro.

Si el siniestro ocurre dentro del período de gracia este deberá ser pagado por la Aseguradora contra el pago de la prima correspondiente.

Los niveles de servicio para el pago de siniestros se cumplirán al pagar dentro del plazo de 10 días hábiles, contabilizados a partir de que la Aseguradora tenga en su poder toda la documentación requerida, tal como se señala en el contenido de este anexo técnico.

5.26 ERRORES U OMISIONES: Cualquier error u omisión por parte del asegurado, no perjudicará sus intereses, ya que es intención de este seguro dar protección completa y en todo tiempo sin exceder los límites establecidos en el mismo; por tanto, la GAF se obliga a reportar a la Aseguradora cualquier error u omisión, a partir de su conocimiento.

Aplica sin exceder de los límites establecidos en la póliza y sin considerar cobertura o ubicación adicional alguna, por lo tanto, cualquier error u omisión accidental, será corregido al ser descubierto y en caso de que el error u omisión lo amerite, se hará el ajuste correspondiente de prima.

5.27 ARTÍCULO 25 LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO: 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 días que sigan al día en que reciba la póliza, transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al RUV.

5.28 PENA CONVENCIONAL POR RETRASO EN LA INDEMNIZACIÓN: La Aseguradora estará obligada a pagar los beneficios contratados dentro de los primeros diez días hábiles siguientes en que se acredite el siniestro, en caso de incumplimiento estará obligada a pagar estos beneficios más una pena que será equivalente a lo estipulado en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, es decir, la pena convencional aplica por concepto de retraso en el pago de beneficios una vez que se haya documentado el reclamo.

5.29 ESTADÍSTICA DE SINIESTRALIDAD: la Aseguradora deberá contar con un sistema informático que permita:

- Elaborar los reportes necesarios para integrar estadística y reportes de siniestralidad.
- Presentar información solicitada para evaluar la siniestralidad, la cual debe ser entregada los primeros diez días naturales posteriores a presentarse el siniestro a la GAF, dicha información deberá contener como mínimo los siguientes datos:
 - Número de póliza
 - Cobertura afectada
 - Número consecutivo del beneficiario que recibió el pago
 - Parentesco con el titular
 - Fecha de siniestro (año, mes y día).
 - Fecha de reporte (año, mes y día).
 - Fecha de pago (año, mes y día).
 - Fecha de nacimiento del asegurado
 - Fecha de nacimiento del beneficiario
 - Entidad federativa donde ocurrió el siniestro.
 - Causa del siniestro.
 - Monto reclamado.
 - Monto del pago.
 - Monto de la reserva.

La entrega será a través de correo electrónico institucional, en el caso de que surgiera algún problema en la entrega por correo electrónico.

La Aseguradora está obligada a proporcionar los reportes de siniestralidad en tiempo y forma según lo establecido. En caso de que la Aseguradora incumpla con este punto se aplicará una pena convencional de 30 UMA (Unidad de Medida y Actualización), por cada día hábil de retraso.

REPORTE DE SINIESTRALIDAD, UNA VEZ TERMINADA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

Con el objeto de que el RUV pueda contar con su información de siniestralidad completa y actualizada, la Aseguradora se compromete a entregar reporte de siniestralidad actualizados, en formato Excel a través de correo electrónico institucional, a solicitud del RUV, por los gastos a su cargo durante el tiempo que estuvo en vigencia la póliza aún y cuando haya terminado su periodo de vigencia, mientras siga recibiendo reclamaciones procedentes a su cargo que deban considerarse.

5.30 CONTROVERSIA: En caso de controversia, el asegurado y/o beneficiario podrán hacer valer sus derechos en los tribunales competentes de la jurisdicción a la que corresponda el domicilio del RUV y nombrar un árbitro en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.

5.31 TEXTOS DE LOS ARTÍCULOS DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA.

ARTICULO 14: Además de los requisitos que correspondan conforme a lo previsto en el artículo 153 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en la documentación contractual mediante la cual la Aseguradora formalice el seguro de grupo y el seguro colectivo deberá incluirse la siguiente información:

- I. Las características del grupo o colectividad asegurado:
- II. La prima de tarifa o regla para determinarla para cada integrante del grupo o colectividad, y participación con la que, en su caso contribuirá al pago de la prima:
- III. Sumas aseguradas para los integrantes del grupo o colectividad o regla para determinarlas;
- IV. En su caso, el mecanismo que la Aseguradora empleará para el pago de dividendos al contratante y, en su caso, a los asegurados del grupo o colectividad, y
- V. La transcripción del texto que resulte aplicable de los artículos 17 a 21 de este reglamento.

ARTÍCULO 17: Las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del

contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado es situación podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

ARTICULO 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 cualquier 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, 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 con 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.

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 seguro 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. Tratándose de seguros colectivos, 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, en este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo contratante.

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.

PRELACIÓN: En todos aquellos conceptos no descritos o previstos en la presente póliza de seguros las condiciones generales que tenga registrada la Aseguradora, sin embargo, en todo momento y bajo cualquier circunstancia prevalecerán las condiciones de aseguramiento solicitadas por el RUV.

En caso de controversia entre las condiciones de la Aseguradora y las condiciones solicitadas por el RUV, las condiciones del contratante tendrán prelación sobre las de la Aseguradora.

NOTA: El seguro es obligatorio para el personal elegible indicado.

ENTREGA DE INFORMACIÓN PARA IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE: El RUV en cumplimiento al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas entregará la documentación a que se refiere dicho artículo con el fin de atender el requerimiento de identificación del cliente, cuando la Aseguradora lo solicite.

6 NIVELES DE SERVICIO Y PENALIZACIONES POR INCUMPLIMIENTO:

Se dará seguimiento al cumplimiento de los niveles de servicio especificados a continuación:

7.1. ENTREGABLES POR ÚNICA OCASIÓN: Son aquellos entregables que deben presentarse una sola vez durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora deberá presentar dicho entregable dentro del plazo establecido para cada uno.

#	CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO SOLICITADO	PENALIZACIÓN	BENEF INFO	BENEF ASEG
1	Entrega de formatos de consentimiento individuales	A más tardar el día hábil posterior al inicio de la vigencia de la póliza	30 UMA por cada día hábil de retraso	X	
2	Entrega de la carátula de la póliza, a conformidad del RUV, en los mismos términos y condiciones establecidos durante el proceso de contratación	A más tardar, 15 días naturales, después de haber iniciado la vigencia de la póliza.	20 UMAM por cada día natural de retraso	X	

3	Entrega de la póliza con las condiciones de aseguramiento, a conformidad del RUV, en los mismos términos y condiciones establecidos durante el proceso de contratación	A más tardar, 15 días naturales, después de haber iniciado la vigencia de la póliza.	20 UMAM por cada día natural de retraso	X	
---	--	--	---	---	--

Benef Info: El beneficiario de la penalización es el RUV / Benef Aseg: el beneficiario de la penalización es el asegurado.

7.2 ENTREGABLES POR EVENTO: son aquellos entregables que no cuentan con una fecha establecida para su solicitud y que pueden presentarse en cualquier momento durante la vigencia de la póliza; la Aseguradora deberá presentar dicho entregable dentro del plazo establecido para cada uno.

#	CONCEPTO	NIVELES DE SERVICIO SOLICITADO	PENALIZACIÓN	BENEF INFO	BENEF ASEG
4	Atención de altas y bajas de los asegurados	Un día hábil	30 UMA por cada día hábil de retraso	X	
5	Recepción de reclamos	Inmediato por evento	60 UMA en caso de no recepcionar el reclamo		X
6	Orientación y brindar información para trámites	Inmediato por evento	30 UMA si no se brinda la orientación o información		X
7	Entrega de cheques de pago de suma asegurada	Dentro de los siguientes 10 días hábiles de haberse documentado el siniestro	De acuerdo con lo establecido en la cláusula 1.29		X
8	La atención y resolución de situaciones no previstas	Atención inmediata, resolución en 1 día hábil una vez que cuente con los elementos necesarios	30 UMA por cada día hábil de retraso	X	
9	Gestionar los cambios en las condiciones de aseguramiento	Dentro de los primeros 10 días naturales de haber recibido la solicitud	30 UMA por cada día hábil de retraso	X	
10	Notificación de cambio de Ejecutivo	Al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de cambio	30 UMA por cada día hábil de retraso	X	

Benef Info: El beneficiario de la penalización es el RUV / Benef Aseg: el beneficiario de la penalización es el asegurado.

Las penalizaciones a favor del RUV se descontarán del pago de las primas de las altas y bajas o en su caso aplicará el pago directo al RUV.

PAGO DE DIVIDENDOS

1. **FÓRMULA DE DIVIDENDOS:** “La Aseguradora” pagará al RUV un dividendo, el dividendo será determinado considerando la siniestralidad del presente seguro.

El pago de dividendo se deberá pagar a más tardar a los 30 días naturales posteriores de terminada la vigencia de la póliza.

Fórmula de dividendo: $100\% \times (\text{prima de riesgo} - \text{siniestros ocurridos})$

Donde prima de riesgo = 75 % prima neta

Periodicidad del pago del dividendo: anual vencido.

En caso de que la aseguradora incumpla con este punto se aplicará una pena convencional de 30 UMA (Unidad de Medida y Actualización), por cada día hábil de retraso.

En el caso en que con posterioridad a la liquidación del dividendo se reclame a “La Aseguradora” un siniestro cuya fecha de ocurrencia este dentro de la vigencia de la póliza, el RUV devolverá parte de dicho dividendo hasta el monto del siniestro que se reclame por el asegurado. En caso de que el dividendo remanente no alcance a cubrir el pago total de los beneficios, la aseguradora deberá complementar hasta el pago total.

EXCLUSIONES

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDIENTES NO SE CONCEDERÁN CUANDO LA MUERTE O LA PÉRDIDA DE MIEMBROS SE DEBA A:

- A. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio asegurado, siempre que el asegurado sobreviva
- B. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión o insurrecciones:
- C. Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional cometidos por el propio asegurado:
- D. Lesiones recibidas al participar el asegurado en riña, siempre que él haya sido el provocador;
- E. Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima (salvo que se encuentre en traslado por razones de trabajo).
- F. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- G. Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y cuatrimoto (salvo que su actividad laboral requiera el uso de este tipo de transporte o si su uso es ocasional).
- H. Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, ala delta, planeador, vuelo sin motor, buceo, espeleología, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, equitación, box, lucha y artes marciales en forma profesional, se paga si se practica de manera ocasional.

- I. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental;
- J. Radiaciones atómicas;
- K. Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico en cuyo caso será necesario demostrar la prescripción médica.
- L. Envenenamiento, inhalación de gas, intoxicación o reacción alérgica de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental, incluyendo los ocasionados por narcóticos o estando bajo la influencia de algún enervantes, estimulante o similares, salvo que hayan sido prescrito por un médico.
- M. Lesiones recibidas en actos de terrorismo:
- N. Abortos provocados.

8. ENTREGABLES

#	CONCEPTO	NIVELES DE SOLICITADO DE SERVICIO
1	Carátula de póliza	Una vez al inicio del servicio
2	Póliza con las condiciones de aseguramiento	Una vez al inicio del servicio
3	Carta cobertura	Una vez al inicio del servicio

NOTA: Cuando la Aseguradora ganadora requiere acudir al Fideicomiso para hacer entrega de la documentación deberá observar lo siguiente: es obligatorio que la persona designada para hacer entrega de la documentación se presente con cubrebocas y se apegue a los protocolos de sanidad implementados por el RUV.

9. RECURSOS HUMANOS

El proveedor acepta y se obliga, que, en su carácter de empresa legalmente establecida, cuenta con los elementos propios y suficientes en los términos de los artículos 13 y 15-A de la Ley Federal del Trabajo, que cumple con las obligaciones establecidas por los artículos 15 y 15-A de la Ley del Seguro Social, así mismo que es responsable de sus obligaciones laborales con las empresas o personas físicas que contrate, para el debido cumplimiento del presente contrato, por lo que asume la relación laboral de todas y cada una de las personas que con cualquier carácter intervienen bajo sus órdenes ya sea de manera directa e indirecta para el desarrollo y ejecución de los servicios pactados para esta contratación, asumiendo consecuentemente toda la obligación derivada de tal hecho, como son el pago de salarios, de cuotas obrero-patronales al Instituto Mexicano del Seguro Social, retención de impuestos sobre productos de trabajo y pago de los mismos, pago de aportaciones al Instituto del Fondo Nacional de la vivienda para los Trabajadores, pago de indemnizaciones derivadas de las demandas laborales que sus trabajadores o terceros le interpongan, relacionados con el cumplimiento de las obligaciones derivadas de las demandas laborales que sus trabajadores o terceros le interpongan, relacionados con el

cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente instrumento, así como el cumplimiento de todas y cada una de las prestaciones de trabajo a que su personal tenga derecho, relevando desde este momento al RUV y a sus funcionarios de toda responsabilidad laboral y/o de cualquier naturaleza jurídica, presente o futura en la que pudiera verse involucrado por razón de las demandas que en ese sentido le interpongan los trabajadores que le presten servicios con motivo del presente contrato.

El proveedor, será el único responsable de las obligaciones derivadas de las disposiciones legales y demás ordenamientos en materia de trabajo y de Seguridad Social, debiendo responder de todas las reclamaciones que sus trabajadores presentarán en su contra o en contra del RUV, en relación con los trabajadores del contrato, debiendo cubrir cualquier importe que de ello se derive y sacar a salvo y en paz de tales reclamaciones al RUV.

Reconociendo el Proveedor, que el RUV no ejerce ningún tipo de Dirección en la persona, y que el proveedor, proporciona el entrenamiento y capacitación de su personal para otorgar los servicios sujetos de la contratación y que cuenta con instalaciones propias para llevar a cabo dichos actos, en caso de que por su naturaleza parte de los servicios los preste en las Instalaciones del RUV esto no implica que haya asignación de lugar de trabajo para los empleados del proveedor.

12. VIGENCIA:

De las 12:00 horas del 01 de octubre de 2022 a las 12:00 horas del 01 de octubre de 2023.

Además de la propuesta por un año, el proveedor deberá presentar propuestas por 2 y 3 años. Dichas propuestas serán evaluadas de manera independiente y el RUV decidirá entre la opción que considere más adecuada a sus necesidades.

13. FORMA DE PAGO

La prima de la póliza correspondiente al seguro de vida, estará a cargo del RUV y será pagada en una sola exhibición al inicio de la vigencia. El pago de la prima se realizará mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que la Aseguradora tenga registrada con el RUV.

Para ello, la Aseguradora deberá entregar la carátula de póliza, condiciones de aseguramiento y el recibo o la factura correspondiente en formato PDF y XML a conformidad del RUV, en los mismos términos y condiciones establecidos durante el proceso de contratación con la cual la Aseguradora resultó adjudicada. La prima será pagada dentro de los 30 días naturales siguientes a que la Aseguradora haya realizado la entrega de dicha documentación.

14. GARANTIAS

Se exime al proveedor de presentar garantías de cumplimiento de conformidad con el artículo 15 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

15. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS

El proveedor presentará su propuesta en hoja membretada de la Aseguradora, firmado por su representante legal, con el desarrollo en su propuesta técnica de todas condiciones de aseguramiento establecidas en el numeral 3 de este anexo y con la presentación de la documentación solicitada.

La propuesta económica se deberá presentar en el formato “Respuesta de Cotización” anexo para tal efecto.

Se deberá presentar las propuestas económicas para uno, dos o tres años del seguro por separado.