

PÓLIZA DE SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA GRUPO SIN PARTICIPACIÓN DE LAS UTILIDADES QUE EMITE METLIFE MÉXICO, S.A. DE C.V., EN ADELANTE “LA ASEGURADORA”, REPRESENTADA POR MARCO ANTONIO RAMOS VEGA, GERENTE DE OPERACIÓN INSTITUCIONAL PÚBLICO, PARA PROTEGER A LOS TRABAJADORES DE BASE SINDICALIZADOS EN ACTIVO, INCLUYENDO A LOS QUE SE ENCUENTREN EN LICENCIA TEMPORAL DEL CONGRESO DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO, EN LO SUBSECUENTE “EL CONTRATANTE”, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO.

“**LA ASEGURADORA**” emite la presente póliza de seguro, con objeto de cubrir a los **trabajadores de base sindicalizados en activo, incluyendo a los que se encuentren en licencia temporal** que se encuentren incluidos en el listado de asegurados que proporcione “**EL CONTRATANTE**”, cualquiera que sea su sexo u ocupación y sin necesidad de examen médico, a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza y, posteriormente, desde el día en que “**EL CONTRATANTE**” notifique el alta correspondiente, contra los riesgos de

- a) Fallecimiento.
- b) Muerte accidental (Doble Indemnización).
- c) Invalidez Total y Permanente.
- d) Gastos Funerarios

Quedan excluidos de este seguro el personal jubilado y/o pensionado.

La edad máxima de admisión para la incorporación a esta póliza posterior al inicio de vigencia de la misma será de noventa y nueve años y mínima de quince años, no teniendo límite de edad para su cancelación.

MUERTE ACCIDENTAL

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

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

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

- 8. Accidentes que ocurran al asegurado por participación directa de éste en la celebración de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier clase.**
- 9. Accidentes sufridos mientras el asegurado se encuentre desempeñándose como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave o cuando viaje como pasajero en avión de compañía no autorizada o en viaje de itinerario no regular.**
- 10. Accidentes sufridos por el asegurado en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares, salvo si su uso es ocasional.**
- 11. Accidentes que sufra el asegurado mientras se encuentre en el ejercicio de las actividades propias de su profesión u oficio de operador de maquinaria pesada, instalador de torres o estructuras metálicas.**
- 12. Accidentes que sufra el asegurado mientras se encuentre en la realización de actividades de cirquero, boxeador, buzo, alpinista, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier clase de deporte aéreo.**

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para efectos del beneficio adicional de invalidez 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 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 ISSSTE, IMSS o ISSEMYM o la institución de seguridad social que corresponda.**

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 total y permanente:

- a) La invalidez 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 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 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.

SEGUNDA. SUMA ASEGURADA.

“**LA ASEGURADORA**” pagará por concepto de suma asegurada la cantidad de **\$450,000.00 (Cuatrocientos Cincuenta Mil Pesos 00/100 M.N.)** al momento del siniestro, al o a los beneficiarios designados por el asegurado, con motivo de su **fallecimiento** dentro de la vigencia de esta póliza.

Adicionalmente “**LA ASEGURADORA**” pagará la cantidad de **\$50,000.00 (Cincuenta Mil Pesos 00/100 M.N.)** por concepto de gastos funerarios.

Si dentro de la vigencia del beneficio adicional de muerte accidental, se produce en un accidente o a consecuencia de él, el fallecimiento del asegurado, “**LA ASEGURADORA**” pagará con sujeción a lo estipulado en la presente póliza y por una sola vez, **una cantidad adicional por igual importe al de la suma asegurada pactada para el caso de muerte del asegurado.**

En caso de que dentro de la vigencia del beneficio adicional de invalidez total y permanente, el asegurado sufra la pérdida de miembros o de la vista o se invalide total y permanentemente de acuerdo a lo estipulado en la presente póliza, “**LA ASEGURADORA**” le pagará por concepto de suma asegurada, por una sola vez y conforme a lo pactado en este instrumento, **una cantidad igual al importe de la suma asegurada convenida para el caso de muerte del asegurado.**

El pago de la suma asegurada de la cobertura de vida excluye el del beneficio adicional de invalidez total y permanente y, el de este último, al primero.

TERCERA. PRIMA.

El importe de la prima a pagar **en una sola exhibición** por cada uno de los integrantes del grupo asegurado será la cantidad equivalente a **6.87% (seis punto ochenta y siete anual al millar)** de suma asegurada, que se cubrirá por “**EL CONTRATANTE**”, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

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**”, dentro de los primeros diez días hábiles posteriores a cada periodo transcurrido; el ajuste del importe de la prima a pagar se efectuará al término de la vigencia de la póliza.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por días devengados.

CUARTA. DISPUTABILIDAD.

Este seguro, dentro de su primer año de vigencia para aquellos asegurados que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento

para ser asegurados después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen “EL CONTRATANTE” y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. El plazo de un año al que se ha hecho referencia, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado.

En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por “LA ASEGURADORA”.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes el Contrato será indisputable.

QUINTA. SUICIDIO.

En caso de suicidio de alguno de los asegurados dentro del primer año de estar continuamente asegurado, “LA ASEGURADORA” pagará al beneficiario únicamente la correspondiente reserva matemática.

SEXTA. CARENIA DE RESTRICCIONES.

La presente póliza no estará sujeta a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes o género de vida de los asegurados.

SÉPTIMA. REGISTRO DE ASEGURADOS.

Debido a que los integrantes del grupo asegurado que cumplen con los requisitos de asegurabilidad aparecen en la nómina de “EL CONTRATANTE”, ésta será el registro de asegurados; motivo por lo el cual, “EL CONTRATANTE” deberá proporcionar a “LA ASEGURADORA” un ejemplar legible de dicha nómina, dentro de los diez días hábiles posteriores al vencimiento de cada período o según se acuerde con “EL CONTRATANTE”, conteniendo como mínimo los siguientes datos:

- a) Nombre completo del asegurado.
- b) Registro Federal de Contribuyentes del asegurado.
- c) Suma Asegurada o la regla para determinarla, de cada asegurado.

Cuando “LA ASEGURADORA” no reciba la nómina de que se trata con la oportunidad requerida, o sea, a más tardar treinta días naturales después del vencimiento, de cada período expedirá recibo estimado en base al importe del período anterior, emitiendo a más tardar al siguiente mes de la entrega de tal nómina, un recibo complementario de ajuste.

OCTAVA. AUTOADMINISTRACIÓN.

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

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

“EL CONTRATANTE” entregará al inicio y al final de la vigencia a **“LA ASEGURADORA”** un listado del personal asegurado actualizado en cada fecha, con la finalidad de realizar los ajustes correspondientes.

NOVENA. BAJA DEL SERVICIO.

Al separarse el asegurado del servicio en favor de **“EL CONTRATANTE”**, automáticamente causará baja de este seguro, independientemente de la causa de la separación.

DÉCIMA. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Cualquier miembro del grupo asegurado podrá hacer designación de beneficiarios, mediante notificación por escrito que junto con el certificado respectivo, deberá remitirse a **“EL CONTRATANTE”** para la anotación correspondiente. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y **“LA ASEGURADORA”** pague el importe del seguro al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ella.

Todos los integrantes del grupo asegurado, deberán hacer designación de beneficiarios llenando el consentimiento correspondiente el cual es entregado por **“EL CONTRATANTE”**.

En cualquier momento los asegurados pueden renunciar al derecho que tienen de cambiar de beneficiario, salvo por lo que hace al que hubieren designado con carácter de irrevocable. Para que dicha renuncia surta sus efectos, deberá hacerse constar necesariamente 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 el asegurado haya 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

DÉCIMA PRIMERA. PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

Al ocurrir el **fallecimiento** del asegurado, “**LA ASEGURADORA**” pagará al o 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, se le deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Solicitud de pago del o de los beneficiarios;
- b) Copia certificada por el Registro Civil del acta de defunción del asegurado;
- c) Original o copia certificada del talón de pago;
- d) Aviso de baja;
- e) Identificación oficial con foto y firma del asegurado y de los beneficiarios, en original y copia (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional);

- f) Formato de designación de beneficiarios;
- g) Comprobante de domicilio del Asegurado o del o de los beneficiarios;
- h) Acta de nacimiento del asegurado certificada por el registro civil;

Tratándose de **Muerte Accidental**, además de lo anterior, se deberá presentar copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de hechos, informe de la Policía Judicial, declaración de testigos presenciales, parte del accidente y certificado de autopsia o necropsia;

Si el (los) beneficiario(s) es (son) ascendiente(s) o descendiente(s) en línea recta del asegurado, encontrándose en el supuesto de exención del impuesto sobre la renta mencionado en el Artículo 93, fracción XXI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y desea ejercer tal derecho, se requiere presentar en original o copia certificada la documentación que permita acreditar dicho supuesto, como: actas de nacimiento, de matrimonio actualizada, de reconocimiento, adopción o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial.

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

- a) Solicitud de pago del asegurado;
- b) Dictamen médico expedido por el **ISSSTE, IMSS o la institución de seguridad social que corresponda**;
- c) Original o copia certificada del talón de pago a la fecha del siniestro.
- d) Constancia de baja del servicio activo;
- e) Identificación oficial con foto y firma del asegurado, en original y copia (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional),
- f) Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a tres meses.

“**LA ASEGURADORA**” pagará por concepto de **gastos funerarios**, el monto de la suma asegurada que corresponda, dentro de los diez días hábiles siguientes a aquél en que se le entregue la documentación siguiente, a la persona que teniendo el carácter de beneficiaria, los haya erogado.

- a) Certificado médico de defunción.
- b) Solicitud de pago requisitada por el o los beneficiarios.
- c) Certificado de Defunción.

- d) Original o copia del Talón de pago a la fecha de baja.
- e) Identificación oficial con foto y firma del asegurado o de los beneficiarios (según sea el caso), en original y copia (credencial para votar, pasante pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional).
- f) Comprobante de domicilio vigente, no mayor a tres meses.

Si el (los) beneficiario(s) es (son) ascendiente(s) o descendiente(s) en línea recta del asegurado, encontrándose en el supuesto de exención del impuesto sobre la renta mencionado en el Artículo 93, fracción XXI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y desea ejercer tal derecho, se requiere presentar en original o copia certificada la documentación que permita acreditar dicho supuesto, como: actas de nacimiento, de matrimonio actualizada, de reconocimiento, adopción o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial.

“LA ASEGURADORA” se reserva el derecho que ejercerá, si lo considera necesario, de solicitar los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada.

DÉCIMA SEGUNDA. DIVIDENDOS.

El presente producto no otorga dividendos.

DÉCIMA TERCERA. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

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

DÉCIMA CUARTA. PRESCRIPCIÓN.

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

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

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

DÉCIMA QUINTA. 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 unidadasespecializada@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 SEXTA. 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 esta Póliza. “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 SÉPTIMA. EXTRACTO DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

De conformidad con las disposiciones del reglamento referido, se transcribe a continuación un extracto del mismo.

“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 hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa 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 treinta días naturales, contado 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.”

“Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

“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.”

DÉCIMA OCTAVA. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

En cumplimiento de lo dispuesto en el 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 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 a “EL CONTRATANTE”.

DÉCIMA NOVENA. 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 cubierto en la misma.

VIGÉSIMA. CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO.¹

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

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de

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

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).

“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 PRIMERA. VIGENCIA.

La presente póliza tiene vigencia **de un año**, susceptible de ampliarse previo acuerdo por escrito entre **“EL CONTRATANTE”** y **“LA ASEGURADORA”** e inicia sus efectos a partir de las **00:00 horas del día 1 de mayo de 2025 y termina a las 23:59 horas del día 30 de abril de 2026.**

CLÁUSULA TRANSITORIA

PRIMERA. CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

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

SEGUNDA. CLÁUSULA DE AUSTERIDAD

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

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

“**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-S0034-0058-2012 DE FECHA 4 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.”