



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

No. 03110002-050-11

**“SEGUROS INSTITUCIONALES Y VOLUNTARIOS DEL PODER JUDICIAL DE LA
FEDERACIÓN CONTRATACIÓN PLURIANUAL”**

BASES DE LICITACIÓN

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

“SEGUROS INSTITUCIONALES Y VOLUNTARIOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN CONTRATACIÓN PLURIANUAL”

Licitación Pública Nacional No. 03110002-050-11

Costo de las bases	Periodo de venta de bases	Junta de aclaraciones	Revisión Preliminar	Acto de Apertura de Propuestas	Acto de Notificación del Fallo
\$2,500.00	3 al 9 de noviembre de 2011	14 de noviembre de 2011 9:00 hrs.	17 de noviembre de 2011 9:00 hrs.	22 de noviembre de 2011 9:00 hrs.	9 de diciembre de 2011 9:00 hrs.

NOTA: (1) El pago de las bases únicamente se podrá realizar durante el periodo de venta de bases: del 3 al 9 de noviembre de 2011, de 9:30 a 14:30 horas y de 16:30 a 18:30 horas, en las oficinas de la Dirección General de Tesorería del Consejo de la Judicatura Federal, ubicada en el piso 2, ala “B”, de la avenida Insurgentes Sur número 2065, colonia San Ángel, México D.F., código postal 01000, la adquisición de las bases se realizará mediante cheque certificado o de caja, a favor del Consejo de la Judicatura Federal, o en efectivo, depositado en la cuenta No. 72228 del Banco Mercantil del Norte, S.A. (BANORTE), conforme a la referencia (formato) que se deberá presentar en banco acompañada del cheque o efectivo, el cual se encuentra disponible en las bases del procedimiento como Anexo 10 en este caso, la ficha de depósito emitida por BANORTE, se deberá presentar en la DGT únicamente durante el periodo de venta de bases. El recibo de compra de las bases únicamente se podrá solicitar en las oficinas de la Dirección General de Tesorería durante el periodo de venta de bases en el horario indicado, debiendo cumplir con siguientes requisitos: a) Ficha de depósito original, b) Copia legible del formato de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes, expedido por el servicio de Administración Tributaria, en el cual señala el Nombre o Denominación Social, Domicilio Fiscal y clave del R.F.C., c) Copia legible de identificación oficial y d) En su caso, formato de “R2” mediante el cual se informó a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el nuevo domicilio fiscal de la empresa .

ÍNDICE

ENCABEZADO	TÍTULO	PÁGINA
	CALENDARIO DE ACTIVIDADES	
	ÍNDICE	
	GLOSARIO	1
CAPÍTULO 1	INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS	3
Punto 1.1	Servicios	3
Punto 1.2	Modificación de los contratos	5
Punto 1.3	Vigencia, lugar y condiciones de la prestación del servicio	6
Punto 1.4	Aceptación del servicio	6
Punto 1.5	Garantía de calidad de los servicios	6
Punto 1.6	Condiciones de entrega de las pólizas	6
Punto 1.7	Condiciones de pago	8
Punto 1.8	Recursos Económicos	9
CAPÍTULO 2	DISPOSICIONES GENERALES	10
Punto 2.1	Consulta de bases	10
Punto 2.2	Forma de pago, costo de las bases e inscripción al procedimiento	10
Punto 2.3	Impuestos y derechos	10
Punto 2.4	Patentes, marcas y derechos de autor	10
Punto 2.5	Restricciones para participar y/o contratar	11
Punto 2.6	Licitación pública desierta	13
Punto 2.7	Cancelación de la licitación	13
Punto 2.8	Modelo de Contrato	13
	2.8.1 Plazo para formalizar el contrato	13
	2.8.2 Rescisión administrativa de la relación contractual	14
	2.8.3 Terminación del contrato por caso fortuito o fuerza mayor	14
	2.8.4 Terminación del contrato por causas justificadas de orden público o de interés general	14
	2.8.5 Terminación del contrato por mutuo consentimiento	15
	2.8.6 Devolución de primas pagadas no devengadas	15
	2.8.7 Suspensión temporal de la ejecución del contrato	15
Punto 2.9	Garantías que deberán presentarse.	15
	2.9.1 Relativa al cumplimiento del contrato	15
Punto 2.10	Supervisión del servicio	16
Punto 2.11	Penas convencionales y aplicación de garantías	16
	2.11.1 Pena convencional por incumplimiento	16
	2.11.2 Pena convencional por atraso	16
Punto 2.12	Inconformidad	16
Punto 2.13	Instancias resolutoras	17
Punto 2.14	Aclaración relativa a negociación de las condiciones	17
Punto 2.15	Relaciones laborales	17
Punto 2.16	Cesión de derechos	18
Punto 2.17	Confidencialidad	18
CAPÍTULO 3	DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTAR EL LICITANTE	18
Punto 3.1	Propuestas	19
Punto 3.2	Requisitos que deberán cumplir los licitantes	19
	3.2.1 Documentación legal, financiera y contable	20
	3.2.1.1 Requisitos legales	20
	3.2.1.2 Requisitos financieros y contables	21
Punto 3.3	Propuesta técnica	21
Punto 3.4	Propuesta económica	22
	3.4.1 Precios	22
	3.4.2 Vigencia de la propuesta	23
	3.4.3 Carta de aceptación de condiciones	23
CAPÍTULO 4	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS	24
Punto 4.1	Evaluación legal y financiera	24
Punto 4.2	Evaluación técnica	24
Punto 4.3	Evaluación económica	25
Punto 4.4	Criterios para la adjudicación de contratos	25
Punto 4.5	Adjudicación a la segunda propuesta	27
Punto 4.6	Motivos de descalificación	28
CAPÍTULO 5	DESARROLLO DE LOS ACTOS	28
Punto 5.1	Acto de aclaración a las bases	28

ÍNDICE

ENCABEZADO	TÍTULO	PAGINA
Punto 5.2	Revisión preliminar de la documentación Legal, Financiera y Contable	29
Punto 5.3	Acto de presentación y apertura de propuestas	29
5.3.1	Registro de participantes	29
5.3.2	Recepción y apertura de propuestas	30
Punto 5.4	Notificación del Fallo	30
ANEXOS		
Anexo 1	Partida 1: Gastos Médicos Mayores, Vida e Invalidez	33
	1.1 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo del Poder Judicial de la Federación	40
	1.1.1 Coberturas Adicionales	77
	1.2 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Superiores del Poder Judicial de la Federación	87
	1.2.1 Coberturas Adicionales	127
	1.3 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados del Poder Judicial de la Federación	155
	1.3.1 Coberturas Adicionales	183
	1.4 Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de Servidores Públicos en Activo del Poder Judicial de la Federación	189
	1.4.1 Coberturas Adicionales	223
	1.5 Seguros de Vida o Invalidez Total y Permanente	229
	1.5.1 Coberturas Adicionales (No aplica)	248
Anexo 2	Partida 2: Seguros de Daños	250
	2.1 Seguro de Bienes Patrimoniales del Poder Judicial de la Federación	252
	2.1.1 Coberturas Adicionales (No aplica)	321
	2.2 Seguro voluntario de casa-habitación propiedad de los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación	322
	2.2.1 Coberturas Adicionales (No aplica)	367
Anexo 3	Partida 3: Seguro de Vehículos.	369
	3.1 Seguro de Vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación	371
	3.1.1 Coberturas Adicionales (No aplica)	378
	3.2 Seguro voluntario de vehículos particulares propiedad de los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación.	379
	3.2.1 Coberturas Adicionales (No aplica)	423
Anexo 4	Modelo de contrato.	424
Anexo 5	Carta Protesta	434
Anexo 6	Declaración Unilateral de Integridad	436
Anexo 7	Oferta Económica	438
Anexo 8	Relación de Documentos.	454
Anexo 9	Carta Garantía	461
Anexo 10	Referencia para Depósito Bancario	463

GLOSARIO

Para los efectos de esta Licitación Pública Nacional No. 03110002-050-11, en el contenido de estas bases deberá entenderse por:

- ⇒ **Acuerdo General:** Acuerdo General 6/2009 del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que establece las Bases para que las adquisiciones, arrendamiento de bienes muebles, prestación de servicios, obra pública y los servicios relacionados con la misma, se ajusten a los criterios contemplados en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de marzo de 2009.
- ⇒ **Área Requirente:** Los órganos administrativos o jurisdiccionales que soliciten la adquisición o arrendamiento de bienes, muebles, prestación de servicios, cuyos procedimientos estén regulados por el Acuerdo General.
- ⇒ **Aulas de Capacitación:** Lugar en el que se desarrollarán los eventos ubicadas en Av. Insurgentes Sur No. 2065, Piso 5, Torre "B", Col San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.
- ⇒ **Bases:** Condiciones, cláusulas o estipulaciones específicas de tipo jurídico, técnico y económico que se establecen en el presente documento para regular este procedimiento, el contrato que de él se derive y su ejecución.
- ⇒ **Comisión:** Comisión de Administración del Consejo de la Judicatura Federal.
- ⇒ **Comité:** Comité de Adquisiciones, Arrendamientos, Obra Pública y Servicios del Consejo de la Judicatura Federal.
- ⇒ **Consejo:** Consejo de la Judicatura Federal.
- ⇒ **Contraloría:** Contraloría del Poder Judicial de la Federación: Sitio en Av. Insurgentes Sur No. 2417, 5to. Piso, Colonia Tizapán San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.
- ⇒ **Contrato / Orden de Servicio:** Convenio por el cual se crean o transfieren obligaciones y derechos por medio del cual el proveedor se obliga a suministrar bienes y en su caso, prestar servicios a los que se refieren estas bases, a cambio de un precio total fijo y en un tiempo determinado.
- ⇒ **Convocatoria:** Llamamiento a cualquier persona que se publica en la sección especializada del Diario Oficial de la Federación y en la página de Internet del Consejo en la que se indican los lugares, fechas y horarios en que los interesados podrán consultar y adquirir las bases y especificaciones de la licitación, costo y forma de pago; descripción general, normas de calidad, cantidad y unidad de medida de los bienes y servicios cuya adquisición o prestación se requiera. En el caso de arrendamiento, la indicación de si es con opción a compra, así como el señalamiento de la fecha, hora y lugar del acto de apertura de propuestas y, en su caso, del acto de aclaraciones y de la visita al lugar donde se prestarán los servicios.
- ⇒ **Corte:** Suprema Corte de Justicia de la Nación: Sitio Pino Suárez No. 2, Col. Centro, C.P.06060, México, D.F.
RFC. SCJ950204 6P5
- ⇒ **CRHyEA** **Coordinación de Recursos Humanos y Enlace Administrativo del Tribunal**
- ⇒ **DCVSP** **Dirección de Control Vehicular y Seguros Patrimoniales:** Sitio en Av. Insurgentes Sur No. 2065, Piso 11, Torre "B", Col San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

⇒ DGAJ	Dirección General de Asuntos Jurídicos
⇒ DGRH	Dirección General de Recursos Humanos de la Corte
⇒ DGRMSG:	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales: Sitio en Av. Insurgentes Sur No. 2065, Piso 10, torre "A", Col San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.
⇒ DGSP	Dirección General de Servicios al Personal: Sitio en: Av. Insurgentes Sur No. 2065, Piso 5, torre "A", Col. San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.
⇒ DGT:	Dirección General de Tesorería: Sitio en Av. Insurgentes Sur No. 2065, Piso 2, Torre "B", Col San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.
⇒ Día hábil:	Los días que se labore en el Consejo, comprendiéndose todos los del año, excluyéndose los sábados, domingos y los que establece la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación como inhábiles en el artículo 163, así como los que determine el Pleno del Consejo.
⇒ Día natural:	Todos los días del calendario.
⇒ Domicilio Fiscal del Consejo:	<u>Insurgentes Sur Núm. 2417, Colonia San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.; R.F.C.: CJF-950204-TLO.</u>
⇒ DRM:	<u>Dirección de Recursos Materiales: Sitio en Av. Insurgentes Sur No. 2065, Piso 10, Torre "A", Col San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.</u>
⇒ Firma autógrafa:	Firma completa (no facsímil) de propia mano de quien deba suscribir legalmente los documentos y propuestas del licitante.
⇒ Identificación oficial:	Credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, Pasaporte vigente expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores o Cédula Profesional expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
⇒ I.V.A.:	Impuesto al Valor Agregado.
⇒ La Institución	Compañía aseguradora adjudicada.
⇒ Licitante:	Persona moral que se registre y participe en el presente procedimiento (que acredite interés legal por haber adquirido las bases del concurso).
⇒ Pleno:	Pleno del Consejo de la Judicatura Federal.
⇒ Poder Judicial de la Federación	Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial.
⇒ Prestador de Servicios:	Persona moral que otorgue servicios de cualquier naturaleza, salvo los relacionados con la obra pública.
⇒ SEORMSG:	Secretaría Ejecutiva de Obra, Recursos Materiales y Servicios Generales: Sitio en: Av. Insurgentes Sur No. 2065, Piso 11, torre "A", Col San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.
⇒ SEF:	Secretaría Ejecutiva de Finanzas: Sitio en Av. Insurgentes Sur No. 2417, Piso 8, ala norte, Col San Ángel, C.P. 01000, México, D.F. VIGENCIA
⇒ Servicios:	Partida 1. Gastos médicos mayores, vida e invalidez del Poder Judicial de la Federación. Partida 2. Seguro de daños del Poder Judicial de la Federación. Partida 3. Seguro de Vehículos.
⇒ Tribunal:	Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación: Sitio en :Av. Carlota Armero 5000, Col. CTM Culhuacan, C.P. 04480, México, D.F. RFC . TEP 961122 B8A

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. 03110002-050-11

**“SEGUROS INSTITUCIONALES Y VOLUNTARIOS DEL PODER JUDICIAL
DE LA FEDERACIÓN CONTRATACIÓN PLURIANUAL”**

En cumplimiento con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a lo dispuesto por el Acuerdo General 6/2009 del Pleno de Consejo de la Judicatura Federal, que establece las bases para que las adquisiciones, arrendamiento de bienes muebles, prestación de servicios, obra pública y los servicios relacionados con la misma, se ajusten a los criterios contemplados en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de marzo de 2009, el Consejo, a través de la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales de la Secretaría Ejecutiva de Obra, Recursos Materiales y Servicios Generales ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 2065, piso 10, Torre “A”, Col. San Ángel, C.P. 01000, México, D.F., teléfono 56-47-60-00 Ext. 3029 ó 3030 **CONVOCA** a las personas morales en la formulación de propuestas, relacionadas con la Licitación Pública Nacional No. 03110002-050-11 para la contratación plurianual, de los Seguros Institucionales y Voluntarios del Poder Judicial de la Federación, de conformidad a las siguientes:

BASES
CAPÍTULO 1
INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS

1.1. SERVICIOS.

El objeto de la presente licitación es la contratación abierta y plurianual de los Seguros Institucionales y Voluntarios del Poder Judicial de la Federación incluidos los servicios adicionales que ofrezcan los licitantes de acuerdo con las siguientes partidas y especificaciones de las presentes bases:

Partida 1: Gastos Médicos Mayores, Vida e Invalidez.

- Subpartida 1.1: Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo del Poder Judicial de la Federación
- Subpartida 1.2: Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Funcionarios Superiores
- Subpartida 1.3: Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados
- Subpartida 1.4: Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de Servidores Públicos.

Subpartida 1.5: Seguro de Vida o Invalidez Total y Permanente.

Partida 2: Seguros de Daños

Subpartida 2.1: Seguro de Bienes Patrimoniales del Poder Judicial de la Federación.

Subpartida 2.2: Seguro voluntario de casa-habitación propiedad de los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación.

Partida 3: Seguros de Vehículos

Subpartida 3.1: Seguro institucional de vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación.

Subpartida 3.2: Seguro voluntario de vehículos particulares propiedad de servidores públicos del Poder Judicial de la Federación.

Las propuestas deberán entregarse por partida completa, ya que se adjudicará a una sola institución cada partida, debiendo los licitantes ofertar los servicios con las especificaciones que se solicitan en las presentes bases.

La cantidad de asegurados mínimos y máximos del personal que podrá contratarse durante la vigencia del contrato y que corresponden a las subpartidas 1.1 y 1.2 será:

Consejo de la Judicatura Federal		Suprema Corte de Justicia		Tribunal Electoral	
Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
89,189	104,261	8,818	9,300	4,157	5,273

Se deberá presentar los subtotales por cada uno de los órganos que integran el Poder Judicial de la Federación por cada subpartida (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación).

En la compra de las bases, se entregará a los licitantes la información correspondiente a la siniestralidad, tarifas, población y formato de propuestas económicas, entre otras, del Poder Judicial de la Federación para las tres partidas y sus especificaciones.

1.1.1. Conceptos a considerar.

Para las subpartidas 1.1., 1.2., 1.3. y 1.4, correspondientes a seguro de gastos médicos, los licitantes deberán considerar, además de las condiciones y coberturas establecidas en los Anexos, los siguientes conceptos:

1.1.1.1. Reconocimiento de antigüedad.

La Aseguradora reconocerá la antigüedad para todos los asegurados a partir de la fecha que se indica, en cada caso, en la base de datos que al inicio de vigencia proporcionen el Poder Judicial de la Federación.

Este reconocimiento de antigüedad se entenderá para eliminar periodos de espera para los padecimientos que se presenten posteriores a la fecha de inicio de vigencia del contrato, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones generales.

La antigüedad de cada asegurado se reconocerá a partir de la fecha de inicio de la primera expedición de una póliza de Gastos Médicos Mayores de una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura, y en su caso, el periodo descubierto, no sea mayor a 30 días naturales.

1.1.1.2. Preexistencias.

Se cubrirán los Padecimientos Preexistentes, según se definen en la póliza, siempre y cuando en un periodo de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento o vigilancia médica y/o que dicho padecimiento no haya sido cubierto por otra Institución, o sea considerado como un complemento o cola de siniestro.

1.1.1.3. Pago de complementos o colas.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas, desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2011 para las subpartidas 1.1. y 1.2, y desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2011, para las subpartidas 1.3. y 1.4., en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

1.2. MODIFICACIÓN DE LOS CONTRATOS

El contrato o los contratos que se deriven de la presente licitación, podrán ser modificados dentro de su vigencia, de así considerarlo el Poder Judicial de la Federación, en términos de su normatividad.

1.3. VIGENCIA, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El periodo para la prestación de los servicios será con inicio de vigencia de las 12:00 hrs. del día 31 de diciembre de 2011 a las 12:00 hrs. del 31 de diciembre de 2014 las 24 hrs. del día ininterrumpidamente. Asimismo, los servicios que se contraten en la presente licitación serán desarrollados conforme a lo establecido en las presentes bases y sus anexos.

Se podrán revisar anualmente durante los primeros 45 días del inicio del ejercicio presupuestal:

- A) Las condiciones en que se prestaron los servicios en el año inmediato anterior conforme a lo contratado, evaluando la calidad y oportunidad en la prestación del servicio.
- B) La siniestralidad por partida, cuando exista una variación mayor al 20% a la alza o a la baja, respecto a la información presentada por el Poder Judicial de la Federación en la presente licitación y en el 2013 y 2014, respecto a la del ejercicio presupuestal inmediato anterior.

El resultado de las revisiones podrá dar lugar al análisis de las primas del ejercicio presupuestal que inicia, ajustándolas a la alza o a la baja, siempre y cuando el Poder Judicial de la Federación cuente con disponibilidad presupuestal para ese propósito.

1.4. ACEPTACIÓN DEL SERVICIO

La aceptación de los servicios objeto de la presente licitación, se realizará conforme a lo establecido en las presentes bases y sus anexos, de tal manera que en tanto ello no se cumpla, estos no se tendrán por recibidos o aceptados.

1.5. GARANTÍA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS

El prestador del servicio deberá garantizar que los servicios se prestarán con la calidad establecida en las presentes bases y sus anexos.

1.6. CONDICIONES DE ENTREGA DE LAS PÓLIZAS.

La Institución deberá entregar al siguiente día hábil de la notificación del fallo, carta cobertura por cada subpartida que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas correspondientes a cada una de las tres instancias del Poder Judicial de la Federación.

PARTIDA 1:

ANEXO 1

Para las subpartidas 1.1 y 1.2, la Institución entregará las pólizas de los Seguros de Gastos Médicos Mayores del Poder Judicial de la Federación, tanto en la zona metropolitana como en el Interior de la República, en un plazo máximo de 45 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar del Consejo, la Corte y el Tribunal, clasificadas por adscripción y alfabéticamente, señaladas en el apartado de Aspectos Generales de las subpartidas 1.1 y 1.2.

En todo caso, el Consejo, la Corte y el Tribunal se reservan el derecho de solicitar a "La Institución" cualquier otro medio que considere conveniente para la difusión del uso del seguro, tales como video explicativo de la forma de uso y operación de la póliza.

En el caso de las pólizas para el interior de la República, la Institución deberá enviarlas directamente a las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la Dirección General de Servicios al Personal del Consejo de la Judicatura Federal. Las Administraciones y Delegaciones se encuentran ubicadas en las ciudades descritas en las subpartidas 1.1 y 1.2.

En el caso de las pólizas correspondientes a la Corte y al Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRH y en la CRHyEA, respectivamente, en el plazo señalado en el primer párrafo de este apartado.

Para las subpartidas 1.3 y 1.4, la Institución entregará las pólizas del seguro de gastos médicos mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados, así como Familiares de los servidores públicos, a cada instancia del Poder Judicial de la Federación, 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo.

Respecto a la subpartida 1.5, la Institución deberá realizar una campaña de levantamiento de designación de beneficiarios de los servidores públicos a nivel nacional en un plazo máximo de 60 días hábiles posteriores a la notificación del fallo, debiendo entregar una base de datos de los asegurados y sus beneficiarios, por cada instancia Administrativa, tanto en medio magnético como copia del formato requisitado por el servidor público correspondiente con sello original de la Institución, y tendrá 40 días hábiles posteriores al cierre de dicho levantamiento para entregar de conformidad a las necesidades de cada instancia Administrativa los referidos certificados.

PARTIDAS 2 y 3.

ANEXOS 2 y 3.

Para el caso de las pólizas de las subpartidas 2.1 y 3.1, constituidas por bienes patrimoniales y vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación, la Institución las entregará dentro de un plazo de 30 días hábiles posteriores a la fecha de notificación de fallo, las deberá entregar en la DCVSP, Dirección General de la Tesorería de la Corte y en la CRHyEA.

Para las subpartidas 2.2 y 3.2 las entregará en un plazo máximo de 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar del Consejo, la Corte y el Tribunal, clasificadas por adscripción y alfabéticamente.

En el caso de las pólizas para el interior de la República, la Institución deberá enviarlas directamente a las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la Dirección General de Servicios al Personal del Consejo de la Judicatura Federal.

En el caso de las subpartidas 2.2 y 3.2. las pólizas correspondientes a la Corte y al Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRH y en la CRHyEA, respectivamente, en el plazo señalado en el primer párrafo de este apartado.

La Institución deberá entregar al siguiente día hábil a la notificación del fallo, Carta Cobertura por cada póliza materia de la presente licitación al Consejo, a la Corte y al Tribunal que ampare los servicios desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas.

1.7. CONDICIONES DE PAGO

Los servicios correspondientes a la Partida 1 (subpartida 1.1, 1.2 y 1.3), se cubrirán por el Consejo, la Corte y el Tribunal, mediante pagos anuales adelantados sujetos a lo descrito en el punto 1.8 Recursos Económicos de las presentes bases, correspondientes a las primas de seguros básicas, conforme a lo siguiente:

- I. Para el ejercicio 2012, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la presentación de la Factura correspondiente previa solicitud del Consejo, la Corte y el Tribunal, lo que deberá ocurrir a más tardar el 31 de enero de 2012.
- II. Para el ejercicio 2013, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la presentación de la Factura correspondiente previa solicitud del Consejo, la Corte y el Tribunal, lo que deberá ocurrir a más tardar el 31 de enero de 2013.
- III. Para el ejercicio 2014, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la presentación de la Factura correspondiente previa solicitud del Consejo, la Corte y el Tribunal, lo que deberá ocurrir a más tardar el 31 de enero de 2014.

Para el caso de los servicios correspondientes a la prima básica de la subpartida 1.5 se cubrirá por parte del Consejo, la Corte y el Tribunal, mediante pagos quincenales de conformidad con el calendario que se acuerde con cada instancia.

Para la partida 1 (subpartida 1.4), el pago se podrá realizar mediante transferencia vía electrónica o depósito bancario a la cuenta bancaria que el proveedor adjudicado proporcione al Consejo, a la Corte y al Tribunal. Los asegurados cubrirán las primas correspondientes de acuerdo a la forma de pago solicitada, es decir, mensual, trimestral, semestral o de contado.

Con respecto a las primas de seguros adicionales contratadas por los servidores públicos (Incremento de Suma Asegurada, Hijos mayores de 25 años de edad y/o Ascendientes), éstas podrán ser cubiertas mediante descuento por nómina, de conformidad con el calendario de pago establecido por el Consejo, la Corte y el Tribunal o de contado mediante depósito bancario directamente a la compañía de seguros adjudicada.

Los servicios correspondientes a las Partidas 2 y 3 (subpartidas 2.1 y 3.1), se cubrirán por el Consejo, la Corte y el Tribunal, mediante pagos anuales adelantados sujetos a lo descrito en el punto "1.8 Recursos Económicos" de las presentes bases, correspondientes a las primas de seguros básicas, conforme a lo siguiente:

- I. Para el ejercicio 2012, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la presentación de la Factura correspondiente previa solicitud del Consejo, la Corte y el Tribunal, lo que deberá ocurrir a más tardar el 31 de enero de 2012.
- II. Para el ejercicio 2013, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la presentación de la Factura correspondiente previa solicitud del Consejo, la Corte y el Tribunal, lo que deberá ocurrir a más tardar el 31 de enero de 2013.
- III. Para el ejercicio 2014, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la presentación de la Factura correspondiente previa solicitud del Consejo, la Corte y el Tribunal, lo que deberá ocurrir a más tardar el 31 de enero de 2014.

En el caso de los endosos que se generen por inclusión de bienes o coberturas a las pólizas establecidas en las subpartidas 2.1 y 3.1, deberán contemplar el monto de la prima desde el momento de la solicitud de inclusión y hasta la terminación de la vigencia, es decir, hasta las 12 horas del 31 de diciembre de 2014, la cual se pagará de manera anual conforme las fracciones I, II y III anteriores.

Para las partidas 2 y 3 (subpartidas 2.2 y 3.2), la Corte, el Consejo y el Tribunal, acordarán con la Institución que sea adjudicada, el número de quincenas a descontar.

Las Facturas deberán cumplir con los requisitos legales y fiscales correspondientes y presentarse a nombre y ante cada uno de los Órganos del Poder Judicial de la Federación, para lo cual en el glosario se presentan los Domicilios y Datos Fiscales de cada uno.

1.8. RECURSOS ECONÓMICOS

El ejercicio de los recursos para los ejercicios 2012, 2013 y 2014, estará sujeto para fines de su ejecución y pago, al presupuesto que apruebe la H. Cámara de Diputados, así como al calendario de gasto que se autorice al PJF, quedando en el entendido que no sufrirá penalización alguna por la variación que ocurra en las asignaciones presupuestales por la conformación y monto del presupuesto que sea aprobado.

CAPÍTULO 2 DISPOSICIONES GENERALES

2.1. CONSULTA DE LAS BASES.

Las bases estarán disponibles para su consulta en:

- I. Las instalaciones de la **DGRMSG** en un horario de 9:30 a 14:30 horas y de 17:00 a 18:30 hrs. de lunes a viernes; y
- II. A través de la página web del Consejo de la Judicatura Federal <http://www.cjf.gob.mx>.

2.2. FORMA DE PAGO, COSTO DE LAS BASES E INSCRIPCIÓN AL PROCEDIMIENTO.

El costo de las bases será por \$2,500.00 (dos mil quinientos pesos 00/100 M.N.), y se deberá realizar mediante cheque certificado a favor del Consejo de la Judicatura Federal, o en efectivo, depositado en la cuenta No. 72228 de Banco Mercantil del Norte, S.A. (BANORTE), conforme a la referencia (formato) que se deberá presentar en el banco acompañada del cheque o efectivo, el cual se encuentra disponible en las bases del procedimiento como **Anexo 10**, en este caso, la ficha de depósito emitida por BANORTE, se deberá presentar en la DGT únicamente durante el periodo de venta de bases: De lunes a viernes, de 9:30 a 14:00 horas y de 17:00 a 18:30 horas, quien emitirá el recibo de compra oficial debiendo cumplir con los siguientes requisitos: **a)** Ficha de depósito original, **b)** Copia legible del formato de inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes expedido por el Servicio de Administración Tributaria, en el cual señala el Nombre o Denominación Social, Domicilio Fiscal y clave del R.F.C., **c)** Copia legible de identificación oficial y **d)** En su caso, formato de "R2" mediante el cual, se informó al Servicio de Administración Tributaria, el nuevo domicilio fiscal de la empresa.

2.3. IMPUESTOS Y DERECHOS

Todos los impuestos y derechos que se causen con motivo de la contratación materia de las presentes bases, serán a cargo del prestador de servicios que resulte adjudicado, los cuales deberán estar contemplados en los precios propuestos.

Únicamente se trasladará el I.V.A., mismo que deberá desglosarse al totalizar la propuesta y en el caso del proveedor adjudicado, en la factura respectiva.

2.4. PATENTES, MARCAS Y DERECHOS DE AUTOR

Los licitantes asumirán la responsabilidad total para el caso de que en la prestación del servicio se infrinjan o violen registros de patentes, marcas o derechos de autor, liberando al

Consejo, la Corte y el Tribunal de toda responsabilidad de carácter civil, penal, fiscal o de cualquier otra índole.

2.5. RESTRICCIONES PARA PARTICIPAR Y/O CONTRATAR

No podrán participar en la presente licitación las personas morales que se encuentren en alguno de los supuestos a que se refiere el artículo 50 del Acuerdo General que se listan a continuación.

- I. Las que se encuentren inhabilitadas por cualquiera de los órganos competentes de la Administración Pública Federal, atendiendo al plazo que se hubiere determinado en la resolución respectiva;
- II. Se les haya rescindido un contrato celebrado con la Corte, el Tribunal Electoral o el propio Consejo, por causas imputables a dichos prestadores de servicio;
- III. Aquellas con las que los servidores públicos que intervengan en cualquier forma en la adjudicación del contrato tengan interés personal, familiar o de negocios, incluyendo los que puedan obtener algún beneficio para ellos, sus cónyuges, parientes consanguíneos o por afinidad hasta el cuarto grado, o parientes civiles, o para terceros con los que tenga relaciones profesionales, laborales o de negocios, para socios o sociedades, incluyendo sus representantes legales, respecto de los cuales el servidor público o las personas antes referidas formen o hayan formado parte o las hayan representado durante los dos años previos a la fecha de celebración del procedimiento de contratación de que se trate;
- IV. Las que desempeñen un empleo, cargo o comisión en el servicio público, o bien las sociedades de las que dichas personas formen parte, sin la autorización previa y específica del Pleno; así como las inhabilitadas para desempeñar un empleo, cargo o comisión en el servicio público;
- V. Respecto de aquellas sobre las cuales la Comisión haya formulado declaración de impedimento para contratar, por actualizarse alguno de los siguientes supuestos:
 - a. Cuando a juicio del Comité se advierta que para efectos de presentar la propuesta acordaron con otro u otros fijar los precios de los bienes o servicios objeto de la licitación;
 - b. Si proporcionaron información falsa para participar en un concurso;
 - c. Los licitantes que injustificadamente y por causas imputables a ellos no formalicen el contrato adjudicado;
 - d. Los prestadores de servicio que no cumplan con sus obligaciones contractuales por causas imputables a ellos y que, como consecuencia, causen daños o perjuicios al Consejo, la Corte o el Tribunal;
 - e. Los prestadores de servicio que actúen con dolo o mala fe en algún procedimiento de contratación, en la celebración del contrato o durante su vigencia, o bien, en la presentación o desahogo de una inconformidad;

- f. Los prestadores de servicio que contraten servicios de asesoría, consultoría y apoyo de cualquier tipo de personas en materia de contrataciones gubernamentales, si se comprueba que todo o parte de las contraprestaciones pagadas al prestador del servicio, a su vez, son recibidas por servidores públicos por sí o por interpósita persona, con independencia de que quienes las reciban tengan o no relación con la contratación;
 - g. Los prestadores de servicio que se encuentren en situación de retraso en las entregas de los bienes, en la prestación de los servicios, por causas imputables a ellos mismos, respecto de otro u otros contratos celebrados con el Consejo, la Corte o el Tribunal siempre y cuando éstos últimos, por tal motivo, hayan resultado gravemente perjudicados, lo que calificará la instancia competente;
 - h. Las que hayan utilizado información privilegiada proporcionada indebidamente por servidores públicos o sus familiares por parentesco consanguíneo y por afinidad hasta el cuarto grado; e
 - i. Las que hayan celebrado contratos en contravención a lo dispuesto por este Acuerdo y demás disposiciones aplicables.
- VI. Las que pretendan participar en un procedimiento adjudicatorio y previamente hayan realizado o se encuentren realizando, por sí o a través de empresas que formen parte del mismo grupo empresarial, en virtud de otro contrato, trabajos de dirección, coordinación, supervisión o control, laboratorio de análisis y control de calidad, laboratorio de mecánica de suelos y resistencia de materiales y radiografías industriales, preparación de especificaciones de construcción, presupuesto o elaboración de cualquier otro documento, así como asesorías, para la licitación de la adjudicación del contrato de la misma adquisición, arrendamiento, servicio u obra pública;
- VII. Aquéllas a las que se les declare en concurso mercantil conforme a la ley de la materia o, en su caso, sujetas a concurso de acreedores o alguna figura análoga;
- VIII. Aquellas que presenten propuestas en una misma partida de un bien o servicio, un procedimiento de contratación que se encuentren vinculadas entre sí por algún representante, socio o asociado común;
- IX. Las que por sí o a través de empresas que formen parte del mismo grupo empresarial, elaboren dictámenes, peritajes y avalúos, cuando se requiera dirimir controversias entre tales personas y el Consejo, la Corte o Tribunal, y
- X. Las demás que por cualquier causa se encuentren impedidas para ello de conformidad con las disposiciones aplicables.

Así como, aquellas empresas, que en lo aplicable para el presente procedimiento, se encuentren en los supuestos que establece el artículo 3° de la Ley General de Sociedades Mutualistas de Seguros.

2.6. LICITACIÓN PÚBLICA DESIERTA

Será declarada desierta la licitación en los siguientes supuestos:

- I. Que no se registre ningún concursante a la licitación;
- II. Que ninguna de las propuestas presentadas reúna los requisitos establecidos en las bases de la licitación;
- III. Que los precios propuestos no fueren aceptables de conformidad con la información con que se cuente.

En caso de que alguna partida no sea posible adjudicarla a ningún participante por no cumplir con los requisitos establecidos, ésta será declarada desierta y se procederá a su adjudicación a través del procedimiento que corresponda en términos de lo establecido en el Acuerdo General.

2.7. CANCELACIÓN DE LA LICITACIÓN

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 83 del Acuerdo General, el Comité podrá cancelar la presente licitación ya sea en las partidas o conceptos incluidos en ésta por caso fortuito o fuerza mayor, o cuando existan circunstancias debidamente justificadas que extingan la necesidad de contratar los servicios de que se trate, y que de continuarse con el procedimiento pudiera ocasionar un daño o perjuicio al Consejo, la Corte o el Tribunal o a sus servidores públicos, lo cual se hará del conocimiento de los licitantes.

En este supuesto, el Consejo, a solicitud escrita del licitante, le cubrirá los gastos no recuperables que haya realizado para preparar y elaborar su propuesta, siempre que éstos sean razonables a criterio del propio Consejo, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el proceso de adjudicación de que se trate.

2.8. MODELO DE CONTRATO

Las obligaciones que se deriven con motivo de las adjudicaciones que se realicen en la presente licitación se formalizarán a través de los formatos de contrato que se acompañan como **ANEXO 4** (Corte, Consejo y Tribunal), los cuales habrán de modificarse de acuerdo a las necesidades propias de cada seguro. Se suscribirá un contrato por cada subpartida con la institución que resulte adjudicada.

2.8.1. PLAZO PARA FORMALIZAR EL CONTRATO

El licitante que resulte adjudicado, por sí o a través de su representante que cuente con facultades para ello, deberá presentarse en la DGRMSG, CRHyEA y el área competente de la Corte, a firmar el contrato, dentro del plazo de 15 días hábiles a partir del día en que se dé a conocer el fallo.

El hecho de no presentarse a la firma del contrato, por causas imputables al licitante ganador, en la fecha o plazo establecido en el párrafo anterior, lo ubicará en el supuesto a que se refiere el artículo 50, fracción V, inciso c) del Acuerdo General, que permite a la Comisión declararlo impedido para contratar con los órganos del Poder Judicial de la Federación, por un plazo no menor a tres meses ni mayor a cinco años.

En este caso, el Comité podrá, sin necesidad de un nuevo procedimiento, adjudicar el contrato de la siguiente manera:

- I. Al participante que haya presentado la siguiente propuesta solvente más baja, en cuanto a precio y además cumpla con las condiciones de calidad, eficiencia, eficacia, servicio y oportunidad, de conformidad con el artículo 134 Constitucional y las presentes bases con sus anexos.
- II. Entre las declaradas solventes, el orden de adjudicación no podrá ser superior al 20% de la propuesta que haya resultado ganadora, siempre y cuando sea considerada solvente, económicamente, es decir que su monto no rebase el equivalente a las primas que actualmente pagan tanto el Poder Judicial de la Federación como sus servidores públicos por concepto de primas.

2.8.2. RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL.

En caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador del servicio, por causas a él imputables, el Comité podrá determinar de manera unilateral la rescisión administrativa de la relación contractual sin necesidad de declaración judicial, en los términos y siguiendo el procedimiento que establece el artículo 167 del Acuerdo General.

2.8.3. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.

El Consejo, previa autorización del Comité, podrá dar por terminado el contrato en cualquier momento de su vigencia, sin responsabilidad para las partes, por caso fortuito o fuerza mayor, en los términos del artículo 168 del Acuerdo General.

2.8.4. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR CAUSAS JUSTIFICADAS, DE ORDEN PÚBLICO O DE INTERÉS GENERAL.

El Consejo, previa aprobación del Comité, podrá dar por terminados los contratos anticipadamente por razones justificadas, de orden público o de interés general, bastando para ello una comunicación que dirija por escrito en este sentido y sin más responsabilidad que la de cubrir el importe de los trabajos que efectivamente haya ejecutado el prestador de servicios hasta entonces y los gastos no recuperables siempre y cuando se relacionen directamente con el objeto del contrato, en los términos del artículo 169 del Acuerdo General.

En caso de que el prestador de servicios sea quien pida la terminación anticipada del contrato, deberá solicitarlo por escrito, acompañada de la documentación que estime pertinente para acreditar la causa justificada.

2.8.5. TERMINACIÓN DEL CONTRATO POR MUTUO CONSENTIMIENTO.

La relación contractual podrá darse por terminada por mutuo consentimiento cuando así convenga a los intereses del Consejo, la Corte o el Tribunal y el prestador del servicio, siempre y cuando no haya incurrido en alguna causal de incumplimiento, en los términos establecidos en el artículo 170 de Acuerdo General.

Para el caso de que "LA INSTITUCIÓN" pretenda dar por terminado o concluir el presente contrato póliza anticipadamente, esto solo podrá surtir efecto hasta noventa días naturales después de que se notifique por escrito dicha decisión a la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza.

2.8.6. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS PAGADAS NO DEVENGADAS

El prestador de servicios se obliga a reintegrar las primas pagadas no devengadas al Consejo, Corte y Tribunal, en un plazo no mayor de 15 días hábiles contados a partir de la fecha en que le sea comunicada la rescisión o terminación del contrato o los contratos.

El reintegro deberá realizarse considerando los intereses generados de conformidad con lo establecido en el Código Fiscal de la Federación. Si los importes no se devuelven en el plazo señalado en el párrafo anterior también causara intereses en la forma descrita y hasta en tanto no se devuelvan dichos importes.

2.8.7. SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El Consejo, la Corte y el Tribunal, podrán suspender temporalmente, en todo o en parte la prestación de los servicios contratados por causa plenamente justificada y acreditada. El Consejo determinará la temporalidad de ésta, cuyo término podrá ser diferido por éste en una sola ocasión, sin que pueda ser indefinida, en términos del artículo 171 del Acuerdo General. En caso de que la suspensión derive de caso fortuito o fuerza mayor se estará a lo dispuesto por el artículo 173 del Acuerdo General.

2.9. GARANTÍAS QUE DEBERÁN PRESENTARSE

2.9.1. RELATIVA AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 14 y 62, fracción VIII de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el licitante que resulte adjudicado no estará obligado ante el Consejo, la Corte y el Tribunal, a presentar una póliza de fianza que garantice el cumplimiento de los contratos póliza que emita; sin embargo si deberá presentar la carta de garantía que se acompaña a las presentes bases como **Anexo 9**.

2.10. SUPERVISIÓN DEL SERVICIO

El Consejo, la Corte y el Tribunal en todo momento tendrán el derecho de supervisar los servicios materia de las presentes bases gozando de facultades para exigir las correcciones que estime pertinentes a fin de garantizar la calidad de los mismos y que se presten en los términos solicitados.

2.11. PENAS CONVENCIONALES Y APLICACIÓN DE GARANTÍAS.

2.11.1. PENA CONVENCIONAL POR INCUMPLIMIENTO.

En lo general, y en los casos no previstos, se aplicará una pena convencional por el incumplimiento de las obligaciones de la institución equivalente al monto que resulte de aplicar el diez al millar diario a la cantidad que importen los servicios no prestados, dicha cantidad se descontará del pago debido a la institución sin perjuicio de ejercer las acciones legales que correspondan. En caso de incumplimiento parcial, la pena se ajustará proporcionalmente a los casos incumplidos que procedan.

Para las subpartidas 1.1 y 1.2, el incumplimiento al Programa de Pláticas para el uso del Seguro, se sancionará por cada Instancia Administrativa del "Poder Judicial de la Federación", con una pena convencional de \$1,042.90 (un mil cuarenta y dos pesos 90/100 M.N.) por cada plática y localidad en que se hubiese presentado el incumplimiento, imputable a "La Institución" en la fecha originalmente pactada. Esto es en el entendido de que, si por causas de fuerza mayor, "La Institución" solicitara un cambio a una fecha establecida con anterioridad, cada Instancia Administrativa del "Poder Judicial de la Federación" podrá aceptar el cambio de fechas, siempre y cuando la solicitud de cambio sea presentada por "La Institución" con al menos 15 días naturales de anticipación. La pena convencional no podrá exceder del 10% del monto del contrato.

2.11.2. PENA CONVENCIONAL POR ATRASO

Sin perjuicio de lo que establece el punto que antecede, para las subpartidas 1.1 y 1.2, el incumplimiento en la entrega de Pólizas de contratación o renovación se sancionará por cada Instancia del "Poder Judicial de la Federación" en la que se presente el incumplimiento, con una pena convencional de \$104.29 (ciento cuatro pesos 29/100 M.N.) por cada certificado por cada día hábil de retraso en la entrega de los mismos, el cual no podrá exceder del 10% del monto del contrato.

Para todas las partidas, el incumplimiento en la entrega de Pólizas posteriores al inicio de cada vigencia se sancionará por cada Instancia del "Poder Judicial de la Federación" en la que se presente el incumplimiento, con una pena convencional de \$31.28 (treinta y un pesos 28/100 M.N.) por cada certificado por cada día hábil de retraso en la entrega de los mismos, el cual no podrá exceder del 10% del monto del contrato.

2.12. INCONFORMIDAD

Los licitantes que acrediten interés jurídico, podrán inconformarse por escrito ante la Contraloría, con copia para la SEORMSG, por los actos del procedimiento y fallos que consideren realizados en contravención de las disposiciones del Acuerdo General o las condiciones de las presentes bases, dentro de los cinco días hábiles siguientes a aquél en que éstos se realicen, acreditando, en su caso, la personalidad jurídica de su representante legal.

En el escrito de inconformidad, el promovente deberá manifestar, bajo protesta de decir verdad, los hechos que le consten relativos al acto o actos impugnados. Al escrito deberán acompañarse, en su caso, las pruebas que considere pertinentes debidamente integradas para su valoración.

La falta de acreditamiento de la personalidad y/o de protesta serán causa de desechamiento de la inconformidad.

En la promoción de la inconformidad los licitantes deberán observar lo previsto en el artículo 183 del Acuerdo General.

La manifestación de hechos falsos dará origen al ejercicio de las acciones legales conducentes.

2.13. INSTANCIAS RESOLUTORAS.

Cualquier controversia que se suscite con motivo de la aplicación o interpretación de las presentes bases o de los actos que se deriven de esta licitación, se resolverá por el área competente del Consejo, siendo nulo de pleno derecho cualquier acto en contravención a las propias bases o a la normatividad vigente del Consejo.

En lo no previsto en las presentes bases, se estará a lo dispuesto por el Acuerdo General.

Para la interpretación y resolución de los conflictos que se deriven del contrato que se celebre, las partes se someten a la jurisdicción del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en términos del artículo 11, fracción XX, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

2.14. ACLARACIÓN RELATIVA A NEGOCIACIÓN DE LAS CONDICIONES

No podrán negociarse las condiciones de las presentes bases, ni las ofertadas por los licitantes.

2.15. RELACIONES LABORALES

El prestador del servicio como patrón del personal que ocupe para cumplir con las obligaciones a su cargo previstas en el contrato, será el único responsable del cumplimiento de las disposiciones legales en materia de trabajo y previsión social en relación con dicho

personal, por tal motivo, será responsable de todas las reclamaciones que sus trabajadores pudieran presentar en contra del Consejo, Corte y/o Tribunal.

2.16. CESIÓN DE DERECHOS

Los derechos y obligaciones que el prestador de servicios adquiriera con motivo de la firma del contrato no podrán cederse en forma parcial o total a favor de otra persona, con excepción de los derechos de cobro, en cuyo caso se deberá contar con el consentimiento del Comité y la autorización de la Contraloría.

2.17. CONFIDENCIALIDAD

Los participantes en la presente licitación y los prestadores del servicio que resulten adjudicados, no podrán divulgar o aprovechar para beneficio o interés propio o de terceros los conocimientos e información propiedad del Consejo, la Corte o el Tribunal. Una vez terminada la vigencia del contrato respectivo o si por algún motivo se suspendiesen los trabajos a realizar, quedará obligado el proveedor ganador a devolver toda la información que se le hubiere proporcionado y que se genere durante la vigencia del contrato que se adjudique, prevaleciendo la titularidad del Consejo, Corte y Tribunal sobre todos los productos y servicios derivados del contrato respectivo.

Cualquier tipo de información que se entregue al prestador del servicio, relacionada con el Poder Judicial de la Federación y/o el Consejo, la Corte o el Tribunal, es de carácter confidencial; la inobservancia del deber de confidencialidad por parte del participante, durante la ejecución de los servicios, dará lugar a la aplicación de las sanciones que al efecto establezca el contrato, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiera actualizarse a cargo del proveedor.

CAPÍTULO 3 DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTAR EL LICITANTE

Las propuestas podrán ser enviadas a través del servicio postal o de mensajería debidamente identificadas en la guía y en el sobre cerrado conforme a este numeral al titular de la DGRMSG.

Para lo anterior la convocante firmará y sellará la guía registrando fecha y hora de recepción, documento que servirá como constancia de haberse recibido en tiempo y forma. Las propuestas enviadas por estos medios deberán ser entregadas a más tardar 30 minutos antes de la hora de inicio del acto de presentación y apertura de propuestas. El que los licitantes opten por utilizar alguno de estos medios para enviar sus propuestas no limita, en ningún caso, que asistan a los diferentes actos derivados de la licitación.

El Consejo no recibirá entregas tardías de propuestas o entregas no efectuadas en el lugar citado.

3.1. PROPUESTAS

Las propuestas deberán presentarse conforme al Acuerdo General, la Ley del Contrato de Seguro y demás disposiciones jurídicas aplicables, en el acto de apertura de ofertas, de la siguiente forma:

- I. La documentación legal, financiera y contable requerida en los puntos 3.2.1.1 y 3.2.1.2. de este capítulo (**sobre No. 1**). A elección del licitante, esta información podrá presentarse dentro o fuera del sobre correspondiente.
- II. En un sobre cerrado de manera inviolable la propuesta técnica (**sobre No. 2**).
- III. En un sobre cerrado de manera inviolable la propuesta económica (**sobre No. 3**).

Una vez entregados los sobres no se recibirá documentación adicional alguna.

En el exterior de cada sobre se deberá señalar claramente a qué propuesta corresponde, número del procedimiento y el nombre del proveedor que la presenta; la omisión de alguno de estos requisitos no será motivo de descalificación, a menos que por este motivo se conozca información que no sea oportuno conocer en esta etapa del procedimiento.

Las propuestas tanto técnicas como económicas, deberán presentarse en idioma español los anexos técnicos y folletos podrán presentarse en idioma del país de origen de los bienes, acompañados en su caso de una traducción simple al español en papel membretado de la empresa licitante o del fabricante cuando se exija alguna constancia de él.

Las propuestas deberán presentarse por escrito en original, en papelería membretada del licitante, firmada al final y rubricada en todas sus hojas, inclusive el reverso cuando contenga información, por el representante legal o persona legalmente autorizada, no debiendo contener tachaduras o enmendaduras, de preferencia foliada.

En caso de detectarse deficiencias en el foliado de las propuestas, el Consejo por conducto del servidor público que presida el acto, procederá a subsanarlas en presencia de los participantes en el procedimiento. Salvo la firma del representante legal o persona legalmente autorizada, la omisión de otros requisitos de forma no serán motivo de descalificación.

3.2. REQUISITOS QUE DEBERÁN CUMPLIR LOS LICITANTES.

Los concursantes deberán contar con la solvencia económica que les permita dar cabal cumplimiento a las obligaciones a su cargo que se deriven de la adjudicación del contrato correspondiente, por ello deberán cumplir con todas las estipulaciones contenidas en las presentes bases y calificar respecto de la revisión de la documentación legal, financiera y contable presentada, así como de la evaluación técnica que se realizará a los servicios ofertados.

3.2.1. DOCUMENTACIÓN LEGAL, FINANCIERA Y CONTABLE

Los documentos referidos en los puntos 3.2.1.1 y 3.2.1.2., deberán presentarse dentro del (sobre No. 1) en ORIGINAL (o copia certificada pasada ante la fe de notario público) y COPIA simple, para su cotejo, salvo los documentos que se refieren en los numerales 4 y 5 del punto 3.2.1.1. que invariablemente deberán exhibirse en ORIGINAL. La presentación de los documentos legales y contables fuera del sobre, no será causa de descalificación de los licitantes

Una vez iniciado el acto de apertura de propuestas **NO** se permitirá introducir documento alguno en ninguno de los sobres entregados.

3.2.1.1 REQUISITOS LEGALES

Deberán acreditarse su legal existencia mediante:

1. La presentación del original o copia certificada ante Notario Público de la escritura constitutiva de la sociedad, y en su caso, de las actas donde conste el cambio de su nombre o razón social, de su objeto y respecto del último aumento o disminución de su capital social, de conformidad con lo señalado en los artículos 182 y 194 de la Ley General de Sociedades Mercantiles.

2. Acreditar la personalidad de su representante legal, mediante copia certificada del poder notarial correspondiente en el que se le otorguen facultades para actos de administración; tratándose de Poderes Especiales, se deberá señalar en forma específica la facultad para participar en licitaciones ante el Gobierno Federal, Poder Judicial de la Federación, el Consejo, la Corte o el Tribunal.

Los documentos referidos en el numeral 1 deben estar inscritos en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio.

La persona que asista al acto de apertura de propuestas, bastará con que presente carta poder expedida ante dos testigos por el representante legal acreditado con la documentación indicada, con facultades para tal efecto, acompañada de las copias de las identificaciones oficiales de los testigos, el representante legal acreditado y el apoderado.

3.- Identificación oficial vigente del representante legal y, en su caso, de la persona que se presente al acto de apertura de propuestas con carta poder expedida en los términos señalados en el párrafo que antecede.

4.- Manifestación escrita de no encontrarse en los supuestos establecidos en el punto 2.5 de las presentes bases a que se refiere el artículo 50 del Acuerdo General, conforme el formato establecido en el "Anexo 5"

5.- Declaración Unilateral de Integridad del Licitante, la que deberá estar firmada por el Director General o equivalente del licitante "Anexo 6".

3.2.1.2. REQUISITOS FINANCIEROS Y CONTABLES

1. Cédula de identificación fiscal (R.F.C.).
2. Declaración del Impuesto sobre la Renta, correspondiente al ejercicio fiscal 2010. Se acepta la comprobación de la presentación de las declaraciones en medios electrónicos, con la impresión completa de la declaración por el Programa de Presentación de Declaraciones Anuales (DEM) y el acuse de recibo que contendrá el número de operación y sello digital o el comprobante de transferencia electrónica del banco, con base en las reglas 2.17.1 a 2.17.4 de la Resolución de la Miscelánea Fiscal vigente, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y publicadas en el Diario Oficial de la Federación, con la impresión legible completa.
3. Estados financieros, los cuales estarán integrados por el Balance General y el Estado de Resultados con cierre al ejercicio 2010 y estados financieros con una antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de la presentación de la propuesta, adjuntándose copia simple de la cédula profesional de la persona que los elabora.

Los licitantes que estén obligados a presentar estados financieros dictaminados del ejercicio fiscal 2010 deberán presentarlos mediante el cuadernillo del Sistema de Presentación del Dictamen Fiscal (SIPRED). Dicho cuadernillo deberá estar firmado por el Contador Externo y el licitante o el representante legal, en todas sus hojas, adjuntando copia simple de la Cédula Profesional.

3.3. PROPUESTA TÉCNICA

La oferta técnica deberá presentarse en el **sobre No. 2** y contener como mínimo:

- I. La descripción detallada de las partidas 1, 2 y/o 3.
- II. Carta de la autorización emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para operar el ramo en el que presenten propuestas. Los licitantes deberán constituir la reserva a la que se refieren las Circulares S-13.1 y S-10.1.2 emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- III. Carta bajo protesta de decir verdad en la que se establezca que el costo de las primas, potenciaciones, deducibles y coaseguros, a cargo del Poder Judicial de la Federación y/o de los servidores públicos correspondientes, incluyendo, en su caso, a la cobertura "Sin límite", así como el aseguramiento de dependientes económicos, no podrá ser mayor a las tarifas actuales, conforme a los cuadros que se adjuntan en medio magnético, para todas las subpartidas.

En caso de ofertar tarifas con costos menores por estos conceptos deberá acompañar el tarifario correspondiente.

Por último, debe indicarse que la institución se compromete a no rebasar los parámetros actuales.

- IV. Los demás documentos solicitados en bases y en sus anexos, deberán integrarse en la propuesta técnica.
- V. Currículum del licitante y relación con al menos un contrato en materia de Seguros objeto de la presente licitación del último año o, en su caso, a partir de la fecha de inicio de actividades.
- VI. Las empresas participantes deberán proporcionar tanto el número de oficinas propias como los lugares en donde tienen representación a nivel nacional, distinguiendo aquellos inmuebles que son de su propiedad, los que rentan, así como las que operan de manera virtual. Asimismo deberán proporcionar el número de empleados propios con los que cuentan en cada una de las siguientes áreas de Seguros: Gastos Médicos Mayores, Seguro de Vida, Bienes Inmuebles y Autos; además de incluir el total de empleados que labora en la institución.
- VII. Cualquier propuesta de mejoras o beneficios a todas las subpartidas, diferentes a la coberturas adicionales solicitadas, siempre y cuando no representen ningún costo para el Poder Judicial de la Federación, como valores agregados en el entendido que será potestativo su aceptación, destacando que el requisito establecido en esta fracción no será motivo de evaluación.
- VIII. Para la subpartidas 1.1, 1.2, 1.3 y 1.4 deberán presentar carta en la que manifieste precios preferenciales para check up, servicio de farmacia por pago directo a domicilio, segunda opinión médica internacional, programación de cirugía programada vía Internet en menor tiempo que el tiempo establecido en las condiciones generales de la póliza, establecer tiempos de entrega de emisión de recibos fiscales correspondientes a las primas a cargo de los servidores públicos.
- IX. Las instituciones deberán proporcionar el tabulador correspondiente a Tabla de Intervenciones Quirúrgicas, tanto para pago directo como para reembolso con que actualmente cuentan.

3.4. PROPUESTA ECONÓMICA

La oferta económica deberá presentarse por escrito firmada por el licitante o su representante legal, en el **sobre No. 3** conforme a lo señalado en este punto.

3.4.1. PRECIOS

Los licitantes deberán cotizar en moneda nacional, de conformidad con el **"Anexo 7"**, en el cual, además, se incluirán los costos relativos a la potenciación en los términos y condiciones señalados en la fracción III del punto 3.3.

Adicionalmente, para facilitar la revisión de la oferta económica, ésta se deberá entregar en medio magnético, de conformidad con los formatos entregados en dicho medio a los licitantes que acrediten haber adquirido las bases.

El formato de la propuesta económica deberá presentarse por partida y subtotales por cada subpartida y por cada instancia del Poder Judicial de la Federación.

Para la partida 1, se deberá asentar la cobertura básica y las coberturas adicionales, a efecto que pueda ser valorada la propuesta, sin considerar el IVA y el resultado de multiplicar la población a asegurar. Para tal efecto la Institución deberá presentar la cotización por cada una de las coberturas adicionales, así como, una que incluya todas las coberturas, tal como aparece en el formato establecido en el **Anexo 7**.

Para las partidas 2 y 3, se deberá asentar la prima bruta, los conceptos que se incorporan o deducen de la misma, hasta llegar a la prima neta.

Se recomienda que los precios vengan protegidos con cinta adhesiva.

Cuando se presente un error de cálculo en las propuestas presentadas, solo habrá lugar a rectificación por parte del Consejo, cuando la corrección no implique la modificación de las primas individuales.

En lo conducente, se observarán las prescripciones dispuestas en la fracción III del punto 3.3 que antecede.

3.4.2. VIGENCIA DE LA PROPUESTA

Los concursantes cotizarán precios fijos en Moneda Nacional, durante la vigencia de la póliza, de las 12:00 hrs. del 31 de diciembre de 2011 a las 12:00 hrs. del 31 de diciembre de 2014.

En caso de que no se haga mención expresa de la vigencia de los precios en la propuesta económica, se entenderán fijos por el plazo antes señalado.

3.4.3. CARTA DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Se deberá incluir en la oferta económica, carta original, firmada por el representante legal, en la que conste la aceptación de las condiciones establecidas en las presentes bases y sus anexos en particular respecto a la forma de pago estipulada en las mismas, tiempo, condiciones y lugar de prestación del servicio.

En el supuesto de que el licitante no presente la carta referida en el párrafo que antecede, su propuesta podrá ser desechada, siempre y cuando el licitante no pueda subsanar con la información contenida en sus propuestas técnica y económica las condiciones de forma de pago, tiempo, condiciones y lugar de prestación del servicio, de conformidad con lo señalado en el punto 4.4 último párrafo de las bases.

CAPÍTULO 4 CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS

4.1. EVALUACIÓN LEGAL Y FINANCIERA

La documentación legal, financiera y contable presentada, estará sujeta a un análisis a fin de acreditar a satisfacción del Consejo la situación jurídica y financiera de los licitantes, para lo cual la DGAJ y la SEF, elaboraran sendos dictámenes resolutivos, los cuales se sujetaran a lo siguiente:

- I. El dictamen resolutivo financiero contendrá la determinación sobre el cumplimiento de los diversos requisitos contables y financieros por parte de los prestadores de servicio, conforme al análisis de la documentación que hubiesen presentado; de los rubro base: activos circulantes, activo total, pasivo corto plazo, capital contable, ingresos del ejercicio, utilidad, monto aproximado del contrato, posición en el mercado y nota del dictamen de auditoría.
- II. El dictamen resolutivo legal contendrá la determinación sobre el cumplimiento de los diversos requisitos relacionados con la existencia legal de la empresa, el alcance de las facultades de su representante y la inexistencia de motivos de restricción para contratarla.

Derivado de lo anterior, la recepción de la documentación legal y financiera a que se refiere el punto 3.2.1. en el acto de Presentación y Apertura de Propuestas, no implica el reconocimiento de que cumplen con los requisitos exigidos, dado que estará sujeta al dictamen resolutivo que en su caso emitan las áreas correspondientes.

La evaluación financiera tendrá por objeto, con vista en la copia simple de la declaración anual del impuesto sobre la renta del último ejercicio fiscal y de los pagos provisionales hasta el mes previo a la presentación de la propuesta, así como los estados financieros auditados, en su caso, de conformidad con el Código Fiscal de la Federación, evaluar la liquidez, la solvencia y su índice de capitalización conforme al régimen financiero y legal aplicable al sector asegurador.

En el caso de empresas de nueva creación, para la evaluación financiera se tomará en cuenta los estados financieros más actualizados a la fecha de presentación de la propuesta, con una antigüedad no mayor a tres meses.

4.2. EVALUACIÓN TÉCNICA

Las propuestas técnicas serán objeto de evaluación conjunta por parte de la DGSP del Consejo, DGRH de la Corte y la CRHyEA del Tribunal, para la partida 1. Para las partidas 2 y 3 la DGSP y DCVSP del Consejo, DGRH y Dirección General de Tesorería de la Corte y la

CRHyEA del Tribunal, a fin de verificar que cumplan con las condiciones y requerimientos técnicos, calificando únicamente aquellos licitantes que cumplan con la totalidad de los aspectos requeridos en las presentes bases, debiendo emitir el dictamen resolutivo técnico correspondiente.

Los licitantes deberán ofertar por partida completa en los términos del punto 1.1 de estas bases.

4.3. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Las propuestas económicas serán objeto de evaluación conjunta por parte de la DGSP, la DCVSP y DGRMSG del Consejo, la DGRH y la Dirección General de Tesorería de la Corte, la CRHyEA del Tribunal, a fin de verificar que cumplan con las condiciones y requerimientos económicos, calificando únicamente aquellos licitantes que cumplan con la totalidad de los aspectos requeridos en las presentes bases, debiendo emitir el dictamen resolutivo que contenga lo siguiente:

- I. Cuadro comparativo de precios ofertados por el Total de cada una de las partidas, en el que se incluirán las coberturas adicionales de la partida 1;
- II. Pronunciamiento sobre si los prestadores del servicio cumplen los requisitos solicitados para la contratación.
- III. Análisis comparativo de precios ofertados de las Pólizas Básicas contra el presupuesto base.

4.4. CRITERIOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE CONTRATOS

Para adjudicar cada Partida, será indispensable que el (los) licitante(s) que cumpla(n) con los requisitos legales, técnicos, financieros y económicos, obteniendo la calificación de solvente en los dictámenes resolutivos que para tal efecto se emitan y cuya prima ofertada por partida completa corresponda a la más baja respecto de la cobertura básica.

Además, la solvencia de la propuesta se evaluará en función del cumplimiento por parte del licitante de los requisitos establecidos en las presentes bases y sus anexos, adjudicándose a aquél que de mejor manera y completa, cumpla los requisitos de precio, calidad, eficiencia, eficacia, servicio y oportunidad, de conformidad con lo previsto en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y del Acuerdo General.

No se considerarán propuestas solventes, aquellas cuyo monto sea superior al costo actual de las primas, potenciaciones, deducibles y coaseguros, a cargo del Poder Judicial de la Federación y/o de los servidores públicos correspondientes, incluyendo, en su caso, a la cobertura "Sin límite", así como el aseguramiento de dependientes económicos.

Sólo se reconocerá el incremento de la inflación de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (Índice General Anual) correspondiente al último año respecto de las primas pagadas por el Poder Judicial de la Federación.

Para la Partida No. 1.-

Se adjudicará completa a la licitante que presente la propuesta solvente más baja y que cumpla con los requisitos y condiciones de calidad solicitadas en las bases en relación a la cobertura básica.

La contratación de las coberturas adicionales será opcional para el Poder Judicial de la Federación, se efectuará a la licitante que haya sido adjudicada siempre y cuando corresponda a la más baja en relación a las propuestas presentadas y estará condicionada a la disponibilidad presupuestal que para tal concepto apruebe la H. Cámara de Diputados, así como al calendario de gasto que se autorice a cada una de las instancias del Poder Judicial de la Federación.

El PJF podrá contratar una o varias de las coberturas adicionales ofrecidas por la empresa adjudicada o bien no contratar ninguna.

Las coberturas adicionales que se oferten sin costo, se considerarán como uno de los elementos de evaluación de la propuesta para determinar la mayor o menor solvencia de la misma y se adicionarán al contrato como parte de la cobertura básica.

A fin de determinar la solvencia económica de las propuestas, éstas se evaluarán considerando los antecedentes del precio del servicio. De tal forma que para el caso de la Partida No. 1, será opcional para el Poder Judicial de la Federación realizar la contratación exclusivamente por las Primas Básicas y/o con las Coberturas Adicionales, lo cual estará sujeto para los ejercicios 2012, 2013 y 2014, al presupuesto que apruebe la H. Cámara de Diputados, así como al calendario de gasto que se autorice al PJF, quedando en el entendido que no sufrirá penalización alguna por la variación que ocurra en las asignaciones presupuestales por la conformación y monto del presupuesto que sea aprobado.



Para las Partidas 2 y 3.-

Se adjudicará completa, al licitante que cumpla con los requisitos legales, técnicos, financieros y económicos en términos de los dictámenes resolutivos que para tal efecto se emita y cuya prima ofertada por partida completa corresponda a la solvente más baja.

La solvencia de la propuesta se evaluará en función del cumplimiento por parte del licitante de los requisitos establecidos en las presentes bases y sus anexos, de conformidad con lo previsto en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y del Acuerdo General, consistentes entre otros a: precio, calidad, eficiencia, eficacia, servicio y oportunidad.

En el caso de que dos o más propuestas coincidan en condiciones generales y en el precio más bajo, la adjudicación se efectuará a favor del licitante que resulte ganador del sorteo manual por insaculación que celebre el Consejo en el propio acto de fallo, el cual consistirá en la participación de un boleto por cada propuesta que resulte empatada y depositados en una urna, de la que se extraerá en primer lugar el boleto del licitante ganador y, posteriormente, los demás boletos empatados, con lo que se determinarán los subsecuentes lugares que ocuparán tales propuestas.

No serán consideradas las propuestas de aquellos participantes donde se observe que no es fehaciente, confiable y correcta la información financiera, contable y legal que presenten.

No serán objeto de evaluación, las condiciones establecidas en estas bases que tengan como propósito facilitar la presentación de las proposiciones y agilizar la conducción de los actos de la licitación; así como cualquier otro requisito cuyo incumplimiento, por sí mismo, no afecte la solvencia de las propuestas.

La inobservancia por parte de los licitantes respecto a dichas condiciones o requisitos no será motivo para desechar sus propuestas.

Quedan comprendidos entre los requisitos cuyo incumplimiento, por sí mismos, no afecten la solvencia de la propuesta, el proponer un plazo de entrega menor al solicitado, en cuyo caso, prevalecerá el estipulado en las bases de licitación; el omitir aspectos que puedan ser cubiertos con información contenida en la propia propuesta técnica o económica; el no observar los formatos establecidos, si se proporciona de manera clara la información requerida; y el no observar requisitos de fundamento legal o normativo por parte del Consejo o cualquier otro que no tenga por objeto determinar objetivamente la solvencia de la propuesta presentada. En ningún caso, podrán suplirse las deficiencias sustanciales de las propuestas presentadas.

4.5. ADJUDICACIÓN A LA SEGUNDA PROPUESTA

Cuando notificada la adjudicación del total de partidas o de alguna partida, alguno de los licitantes ganadores no sostuviera su oferta o por cualquier causa se le rescindiera el

contrato, el Comité podrá autorizar la adjudicación al licitante que hubiese ofertado la segunda mejor oferta, siempre que la diferencia en el precio con respecto a la propuesta que inicialmente hubiera resultado ganadora no sea superior al veinte por ciento, escuchando previamente al área operativa que corresponda.

En caso de que se autorice la adjudicación a la segunda propuesta, la notificación se hará por escrito al licitante que la ofertó.

4.6. MOTIVOS DE DESCALIFICACIÓN

El incumplimiento de las condiciones establecidas en las presentes bases, así como la contravención a las disposiciones del Acuerdo General, por parte de algún licitante será motivo de descalificación, debiéndose fundar y motivar formalmente la causa para desechar su propuesta. El incumplimiento en alguna de las subpartidas dará lugar a la descalificación de toda la partida.

La DGRMSG someterá a consideración del Comité la descalificación de los licitantes señalando con precisión los motivos que originen la propuesta, a efecto de estar en posibilidad de emitir la determinación que corresponda.

Los licitantes deberán entregar los documentos que se mencionan en las presentes bases y se citan en "Anexo 8".

CAPÍTULO 5 DESARROLLO DE LOS ACTOS

Cualquier persona podrá asistir a los diferentes actos de la licitación en calidad de observador, sin necesidad de adquirir las bases, registrando previamente su asistencia, absteniéndose de intervenir en cualquier forma en los actos del procedimiento.

5.1. ACTO DE ACLARACIÓN A LAS BASES

El acto de aclaración a las bases se efectuará el 14 de noviembre de 2011 en las aulas de capacitación.

En dicho acto, se dará respuesta a las dudas que hayan presentado los concursantes en tiempo y forma respecto del procedimiento licitatorio en general.

Del acto de aclaraciones se levantará un acta circunstanciada en la que se harán constar todos los aspectos que se trataron en el mismo y se entregará copia a los concursantes que participen en la licitación. Las aclaraciones que se formulen en dicho acto, formarán parte de las bases y por tanto su observancia será obligatoria.

La asistencia al acto de aclaraciones no será requisito indispensable para presentar propuesta; sin embargo, no se realizarán aclaraciones fuera del propio acto, salvo que, a juicio del Consejo, resulte en beneficio del procedimiento licitatorio, en cuyo caso, se hará del conocimiento por escrito de todos los participantes.

Se deberán presentar las dudas o aclaraciones por escrito en las oficinas de la DGRMSG y en su caso enviarlas por correo electrónico en formato Microsoft Word a las direcciones apg@cjf.gob.mx, efm@cjf.gob.mx y con copia a aab@cjf.gob.mx a más tardar el día 10 de noviembre hasta las 14:30 hrs. Sin perjuicio de que puedan presentarse preguntas adicionales el día del evento.

5.2. REVISIÓN PRELIMINAR DE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL, FINANCIERA Y CONTABLE.

Los licitantes podrán acudir al Consejo a fin de que se realice la revisión preliminar de la documentación solicitada en las bases, excepto la relativa a las propuestas técnicas y económicas, la revisión preliminar se llevará a cabo en las instalaciones de la DGRMSG el día 17 de noviembre de 2011 a las 9:00 hrs., debiendo presentarse el representante legal o persona debidamente acreditada como se indica en el Punto 3.2.1.1, de estas bases, con la documentación correspondiente.

La revisión preliminar se realizará con la participación de los representantes de las Direcciones Generales de Asuntos Jurídicos, de Recursos Materiales y Servicios Generales y en su caso, de la Corte y el Tribunal, a fin de verificar que los licitantes cumplan con los requisitos de las bases a fin de que consideren si se encuentran en aptitud de participar en el procedimiento.

Lo anterior, será optativo para los licitantes y no será impedimento para los que hayan cubierto el costo de las bases y decidan presentar su documentación y proposiciones durante el propio acto de presentación de propuestas.

El registro de participantes iniciará a las 9:00 horas y se cerrará a las 9:15 horas, momento a partir del cual no se permitirá el acceso a ningún licitante.

5.3. ACTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS.

El acto de presentación y apertura de propuestas lo realizará el Consejo a través de la DGRMSG, contando al menos con la presencia de los representantes de la Contraloría y de la Dirección General de Asuntos Jurídicos en sesión pública, conforme a lo siguiente:

5.3.1. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes iniciará a las 9:00 horas en punto, y se cerrará a las 9:15 horas, momento a partir del cual no se registrará a concursante alguno, no se recibirán sobres, ni se permitirá presentar documentación adicional alguna. Al acto deberá asistir el representante

legal de la empresa o bien persona autorizada con carta poder otorgada ante dos testigos por el representante legal de la empresa, para que asista en su nombre y representación a las diferentes etapas de la licitación en donde se le autorice a ello y para firmar los documentos que se deriven.

Al momento de pasar lista a los licitantes, éstos entregarán los sobres cerrados que contengan: **1)** la documentación legal, financiera y contable, **2)** la propuesta técnica y **3)** la propuesta económica, que se recomienda estén debidamente rotulados con referencia a la licitación de que se trata, la identificación del proponente y el contenido del sobre. Con excepción del (**sobre No. 1**), los demás deberán estar cerrados de manera inviolable.

Cabe mencionar que durante el evento, se prohíbe el uso de teléfonos celulares, aparatos de comunicación de cualquier tipo, así como computadoras personales.

5.3.2. RECEPCIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS

Este acto tendrá lugar el 22 de noviembre de 2011 a las 9:00 horas, en las aulas de capacitación.

Antes del inicio de apertura de propuestas se informara a los presentes si se recibieron o no propuestas por la vía postal o correo, indicándose el número y el nombre del licitante. Asimismo, las primeras ofertas que se abrirán serán las indicadas en el párrafo precedente.

En la misma fecha de la recepción de las propuestas, se procederá a su apertura y se podrán desechar las que hubieren omitido alguno de los requisitos exigidos en las presentes bases. El servidor público designado para conducir el acto procederá a dar lectura en voz alta a las primas e importe total de las propuestas.

Por lo menos un licitante, si asistiera alguno y el testigo social si lo hubiera, rubricarán todas las propuestas técnicas y económicas presentadas, así como los servidores públicos asistentes al acto. Una vez concluido el acto, se levantará acta circunstanciada en la que se hará constar las propuestas recibidas, así como las primas e importes de las mismas. Asimismo se asentarán los eventos destacables del proceso.

El hecho de que los licitantes hayan presentado la documentación legal, financiera, técnica y económica completa, no implica su calificación puesto que estarán sujetos a los dictámenes resolutivos correspondientes y a la resolución que para tal efecto emita el Comité.

5.4. NOTIFICACIÓN DEL FALLO.

El fallo se dará a conocer en acto público, el 9 de diciembre de 2011 a las 9:00 horas, en el lugar en que se celebró el acto de recepción y apertura de propuestas, o en su caso, en la

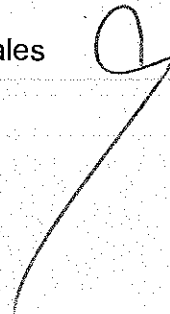
nueva fecha y lugar que determine el Consejo, la cual se hará del conocimiento de los concursantes durante el acto señalado en el punto 5.3. y, si lo anterior no fuera posible, cuando se tenga conocimiento de la misma, la que se comunicará a los participantes por escrito y con la debida anticipación.

En el acto de fallo se levantará acta circunstanciada en la que se hará constar el contenido del artículo 79 del Acuerdo General, las propuestas adjudicadas, de igual forma aquellas propuestas que no fueron adjudicadas, asentando las causas que motivaron la descalificación.

Ciudad de México, D. F., a 3 de noviembre de 2011

ATENTAMENTE

LIC. JUAN CLAUDIO DELGADO
Director General de Recursos Materiales
y Servicios Generales.



ANEXO 1

PARTIDA 1

**Gastos Médicos Mayores, Vida e
Invalidez**

PROCEDIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN (SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL Y EL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN), PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2014.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación de los Seguros del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

De acuerdo a las especificaciones técnicas que se señalan en la Partida 1:

1.1: Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo.

1.1.1: Coberturas Adicionales

1.2: Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Funcionarios Superiores.

1.2.1: Coberturas Adicionales

1.3: Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados.

1.3.1: Coberturas Adicionales

1.4: Condiciones Generales del Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de Servidores Públicos.

1.4.1: Coberturas Adicionales

1.5: Seguro de Vida o Invalidez Total y Permanente.

1.5.1: Coberturas Adicionales (No aplica)

La adjudicación de estas pólizas se realizará a una sola institución, no se adjudicarán por separado.

La siniestralidad del Poder Judicial de la Federación se entregará a los licitantes al momento de adquirir las bases.

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El contrato o los contratos que se deriven de la presente licitación, podrán ser modificados dentro de su vigencia, de así considerarlo el Poder Judicial de la Federación, en términos de su normativa. **(ANEXO 3)**

SUBPARTIDA 1.1 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL OPERATIVO DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

SUBPARTIDA 1.2 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación del Seguro de Gastos Médicos Mayores para personal Operativo, Mandos Medios y Superiores del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. La propuesta técnica deberá contener manifestación por escrito firmada por el representante legal, bajo protesta de decir verdad de cumplir de forma cabal con lo solicitado en las Bases, junta de aclaraciones y sus Anexos.
2. Las empresas podrán adjuntar instructivos, manuales, guía rápida, etc., y en su caso los demás aspectos que en su conjunto mejoren, especialicen y actualicen el servicio solicitado, tales como folletería, instructivos de llenado, dípticos del servicio, etc.
3. Las participantes deberán proporcionar Directorio de Prestadores de Servicios en convenio (directorio de Red Médica, tales como hospitales, señalando el nivel de los mismos, médicos en convenio, así como contar con Coordinador Médico y personal administrativo) para la Zona Metropolitana y en las ciudades del interior de la República que a continuación se indican, así como en aquellas en las que en su futuro se requiera.

Acapulco	Agua Prieta	Aguascalientes	Boca del Río	Campeche
Cancún	Ciudad Juárez	Ciudad Obregón	Ciudad Valles	Ciudad Victoria
Celaya	Chetumal	Chihuahua	Chilpancingo	Cintalapa de Figueroa
Coatzacoalcos	Colima	Córdoba	Cuernavaca	Culiacán
Durango	Ensenada	Guadalajara	Guanajuato	Hermosillo
Iguala	La Paz	León	Los Mochis	Matamoros
Mazatlán	Mérida	Mexicali	Monclova	Monterrey
Morelia	Nogales	Nuevo Laredo	Oaxaca	Pachuca
Piedras Negras	Poza Rica	Puebla	Puente Grande	Querétaro
Reynosa	Salina Cruz	Saltillo	San Andrés Cholula	San Luis Potosí
Tampico	Tapachula	Tepic	Tijuana	Tlaxcala
Toluca	Torreón	Tuxpan	Tuxtla Gutiérrez	Uruapan
Veracruz	Villa Aldama	Villahermosa	Xalapa	Zacatecas

4. Las empresas participantes deberán presentar propuesta de los siguientes formatos.
 - Multiformato para Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos, Modificación de Suma Asegurada, Cambio de Adscripción, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:
 - a. DATOS GENERALES.
 - Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos (Sumas Aseguradas, Cambios de Adscripción, etc).
 - Inicio de Movimiento.
 - b. DATOS DEL SOLICITANTE
 - RFC.
 - No. de expediente.
 - Teléfono.
 - Póliza No.
 - Clave de Adscripción.
 - Nombre, apellido paterno, apellido materno.
 - Calle y número.
 - Colonia.
 - Código Postal.
 - Estado.
 - Delegación o Municipio.
 - Ciudad o Población.
 - c. DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS .
 - Nombre, apellido paterno, apellido materno.
 - Fecha de Nacimiento.
 - Sexo.
 - Parentesco.
5. Una muestra de cada una de las pólizas de los Seguro de Gastos Médicos Mayores y formatos correspondientes para trámites de programación de cirugía y de reembolso.
6. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.
 - a).- *Uso de los Sistemas y Base de Datos:*

Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las tres instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos

correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

La Institución deberá actualizar la base de datos de los Asegurados, la cual enviará por separado y de conformidad a las necesidades de cada Instancia Contratante del Poder Judicial de la Federación.

El sistema para la base de datos de la Institución deberá tener la capacidad para emitir la póliza directamente en el Módulo de Atención ubicado en cada una de las Instancias contratantes.

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución la fecha de pago correspondiente a la prima básica a cargo de las instancias.
- Asimismo la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución, los campos y tipo de archivo que deberá enviar para la conciliación y la información relativa a la cobranza quincenal vía nómina a cargo de los servidores públicos (incremento suma asegurada, aseguramiento de hijos mayores de 25 años y/o el aseguramiento de los ascendientes) de conformidad con el calendario establecido por las Instancias.
- Las conciliaciones de cobranza se llevarán a cabo por cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, conjuntamente con el personal de la Institución ganadora.

c).- Servicios:

- La Institución deberá proporcionar un servicio exclusivo de Centro de Atención Telefónica Gratuito, las 24 horas del día, los 365 días del año; asimismo deberá contar con personal especializado que conozca e informe las condiciones del Poder Judicial de la Federación y que proporcione la atención de manera directa en caso de algún siniestro.
- La Institución deberá asignar un Ejecutivo de cuenta o un Coordinador para las tres Instancias Administrativas (SCJN, CJF, TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional.
- La empresa deberá proporcionar e instalar a su costo, como mínimo un Módulo de Atención en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, dos en el Consejo de la Judicatura Federal (uno ubicado en el Distrito Federal y otro en Guadalajara Jalisco) así como uno en el Tribunal Electoral, que otorguen servicios de las 9:00 a.m. a las 7:30 p.m.
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia, reportes mensuales de siniestralidad, de acuerdo al siguiente formato:

- Número de siniestro.
- Fecha de primer gasto.
- Fecha de pago.
- Lugar del siniestro.
- Nombre de titular
- Nombre del paciente
- Número de expediente y adscripción.
- Descripción del padecimiento.
- Nombre del hospital o proveedor.
- Suma asegurada con la que se apertura el siniestro.
- Deducible, y en su caso, coaseguro.
- Importe pagado sin IVA.
- Desglose de IVA.
- Total de pago
- Tipo de pago (inicial o complemento, en su caso que número es).
- Remanente de suma asegurada.

7. Entrega de las Pólizas:

- La Institución entregará las pólizas del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo, Mandos Medios y Funcionarios Superiores, tanto en la zona metropolitana como en el Interior de la República, en un plazo máximo de 45 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar por cada instancia Administrativa, clasificadas por adscripción y alfabéticamente.
- En el caso de las pólizas correspondientes a la Corte y al Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRH y en la CRHyEA.
- En el caso del Consejo, las pólizas correspondientes a la zona metropolitana se entregarán en la DGSP y para el interior de la República, la Institución deberá enviarlas directamente a las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la Dirección General de Servicios al Personal del Consejo de la Judicatura Federal. Las Administraciones y Delegaciones se encuentran ubicadas en las ciudades descritas en el punto 3 del presente anexo técnico.
- La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas de Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo, Mandos Medios y Funcionarios Superiores del Poder Judicial de la Federación.
- Informar, en su caso, la denominación o lista de Instituciones Reaseguradoras que apoyarán la oferta.

SUBPARTIDA 1.1

**CONDICIONES DEL SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL
OPERATIVO DEL PODER JUDICIAL DE LA
FEDERACIÓN**

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. ASEGURADO.

Es la persona física que formando parte de la colectividad asegurada mediante esta póliza, tendrá el carácter de Titular y en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza, así como las personas designadas por el Asegurado Titular que para efectos de la misma designa como su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier figura reconocida por la legislación civil) y/o hijos solteros menores de 25 años y/o Padres del Asegurado Titular y del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años que cumplan con los requisitos de aceptación y que éste determine proteger.

2. Accidente Cubierto.

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando se origine dentro del período de vigencia de la póliza, y que requiera atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen. No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recaídas o complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen.

3. Enfermedad Cubierta.

Es toda alteración en la salud del Asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recaídas o complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

4. Gasto Médico Mayor.

Son los gastos erogados por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza cuando estos rebasen el importe total del deducible estipulado en la carátula de la póliza, mediante reembolso, pago directo o pago mixto.

5. Enfermedad Congénita.

Es aquella que está desde el nacimiento y se desarrolla durante la concepción y formación del producto.

6. Emergencia Médica.

Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas.

El cual será cubierto mediante pago directo por "LA INSTITUCION" siempre y cuando se trate de Hospital y Médicos de Red, siempre y cuando derive en hospitalización y en caso contrario "LA INSTITUCION" hará pago de los gastos vía reembolso.

7. Padecimientos Preexistentes.

Es aquella alteración de salud:

- a) Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b) Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o
- c) Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o
- d) Por el cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

El criterio que se tomará para considerar los incisos a) y c) será la existencia de un dictamen médico, en el cual se consta que la enfermedad o el padecimiento tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada asegurado.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de "LA INSTITUCION", en acudir ante un arbitraje privado, previo acuerdo entre ambas partes en términos de la Circular S25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en cuyo caso el árbitro o árbitros serán médicos certificados por el consejo de la especialidad por la cual se realiza la reclamación.

"LA INSTITUCION" acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someta a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por "LA INSTITUCION".

8. Colas de Siniestros.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2011, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. Periodo de Espera.

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua, sin periodos al descubierto, para cada Asegurado, para que "LA INSTITUCION" pueda cubrir los padecimientos establecidos con periodo de espera.

Con la utilización de Médicos de la Red y Hospitales en convenio los padecimientos en los que se indique la posibilidad de la eliminación del periodo de espera por el uso de la Red Médica, gozarán del beneficio quedando cubiertos dichos padecimientos.

10. Reconocimiento de Antigüedad.

Es la permanencia ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores, que no haya tenido periodos al descubierto mayores a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento.

11. Suma Asegurada.

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene "LA INSTITUCION" por cada Asegurado a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto.

Dicho monto se determinará multiplicando el número de salarios indicado en el certificado individual de la póliza por el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal en la fecha que se efectuó el primer gasto de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad cubierta o accidente cubierto no rebasará la suma asegurada contratada.

La suma asegurada se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad llegase a disminuir o agotarse, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada.

12. Deducible.

Cantidad indicada en el certificado individual de la póliza a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a lo siguiente:

Titular, cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e hijos	1 SMGMVDF
Ascendientes (Padres, suegros)	3 SMGMVDF

13. Coaseguro.

Porcentaje especificado en el certificado individual de la póliza, a cargo del asegurado, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible.

Se pagará coaseguro de conformidad a los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

14. Honorarios Médicos.

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

15. Hospitalización.

Es la estancia continua en un hospital por un periodo mayor a 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

16. Cirugía de Corta Estancia.

Son aquellas cirugías que no requieren hospitalización, es decir, que el paciente ingrese y egrese en menos de 24 horas.

17. Hospital.

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos o accidentados.

18. Cuarto Privado Estándar.

Para efectos de esta póliza se refiere a un cuarto de hospital, con teléfono, televisión y baño privado y cama extra para un acompañante.

19. Red Médica.

Se integra por los Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios Clínicos y de gabinete que prestan servicios bajo convenio para "LA INSTITUCION".

Los que son coordinados por "LA INSTITUCION" para el otorgamiento de consultas médicas, atención quirúrgica, atención hospitalaria y de urgencias, así como de laboratorios y de farmacéutica.

20. Coordinación Médica.

Es el área dependiente de "LA INSTITUCION" para otorgar los siguientes servicios:

- Información al Asegurado y sus Dependientes referente al alcance de su póliza.
- Coordinar y dar seguimiento a la atención médica u hospitalaria de un evento y a la prestación de los demás servicios estipulados en esta póliza.

21. Pago Directo.

Sistema de pago mediante el cual "LA INSTITUCION" liquidará directamente al prestador de servicios los gastos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido por Médicos en convenio y en Hospitales de la Red Médica y que los servicios respectivos sean coordinados a través de "LA INSTITUCION".

También liquidará directamente los gastos a los Médicos que no perteneciendo a la citada red médica acepten mediante firma autógrafa en el formato respectivo, el pago de tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red y los servicios sean autorizados por "LA INSTITUCION".

22. Reembolso.

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien "LA INSTITUCION" no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando el deducible obligatorio y coaseguro, de conformidad como se en las condiciones generales que rigen esta póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

El monto máximo susceptible de reembolso de los Gastos Médicos Cubiertos por esta póliza no excederá la suma Asegurada contratada por el Asegurado.

23. Pago Mixto.

Sistema de pago mediante el cual "LA INSTITUCION" liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. Contratante.

Se constituyen como tal, las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación señaladas en la carátula de la presente póliza, que son responsables ante "LA INSTITUCION" del pago de las primas de las coberturas del seguro y como representante legal para efectos del contrato y endosos.

25. Endoso.

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones generales y/o cláusulas generales del contrato y forma parte de éste.

26. Período de Gracia.

Es el lapso de treinta días naturales, a partir del aviso de cobro y conciliación respectiva para liquidar las primas que correspondan.

27. Período al Descubierto.

Es el lapso en el cual la prima del seguro no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

28. Certificado.

Documento expedido por "LA INSTITUCION" en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre del Asegurado Titular, personas designadas por el Asegurado Titular y parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, forma de pago, suma asegurada básica y potenciación en caso de así solicitarlo el Asegurado Titular, prima a cargo del Asegurado Titular por el periodo de cobertura, deducible, coaseguro y principales coberturas.

29. Tarjeta de Identificación.

Tarjeta de cada Asegurado, expedida por "LA INSTITUCION" en la fecha de alta al seguro, con las siguientes características: Nombre del asegurado, vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro y datos de identificación de la póliza.

30. "LA INSTITUCION".

La aseguradora

31. Tabla de I.Q.

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCION" por pago de honorarios médicos quirúrgicos que se especifica en la carátula de la presente póliza de acuerdo con el sistema de pago escogido por el Asegurado. En esta tabla se determina el porcentaje máximo a pagar por cada padecimiento quirúrgico.

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA

“LA INSTITUCION” protege a cada Asegurado durante la vigencia de este contrato y de acuerdo con las condiciones generales, cláusulas generales y endosos del mismo, si a consecuencia directa de una enfermedad cubierta o accidente cubierto el Asegurado incurriera en los gastos que se mencionan en la póliza.

“LA INSTITUCION” pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula y endosos de esta póliza, sin que exista un período máximo de cobertura, siempre y cuando el Asegurado permanezca en la colectividad Asegurada en cada renovación anual de la póliza y se siga efectuando en forma ininterrumpida, terminando la obligación de “LA INSTITUCION” con el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de suceder el siniestro.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2011, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos aquellos en los que incurra el Asegurado, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento, sujetos a lo establecido en la presente póliza y endosos que se agreguen a la misma.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la presente póliza son los siguientes:

1. Gastos de Hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.
2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital.
3. Medicamentos adquiridos para el asegurado dentro o fuera del Hospital, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la factura o nota de la farmacia con la receta. Dichos documentos deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de 39 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal) y de acuerdo a los porcentajes establecidos en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (I.Q.), conforme al

padecimiento y tratamiento en cada caso, este porcentaje es determinado por el área médica de "LA INSTITUCION"; aplicable en reembolso, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

En el caso de pago directo la compañía aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica, hasta el límite arriba señalado.

En el caso de reembolso la compañía aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica, hasta el límite arriba señalado.

4.1. Los honorarios por consultas o visitas médicas, máximo una diaria por especialidad.

4.2. Los honorarios de ayudantes, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano; es decir, se cubrirán los honorarios del 1er. ayudante con el 20% de lo pagado al cirujano y, mediante informe médicos de justifique en su caso el 2do. ayudante con el 10% y al instrumentista con el 5% de lo pagado al cirujano..

4.3. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El total de estos conceptos será lo máximo a pagar por "LA INSTITUCION".

5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de 90 turnos, cada turno de 8 horas, los cuales se podrán autorizar de forma discontinua y por lapsos interrumpidos con autorización médica.

6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.

7. Equipo de anestesia y material médico.

8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.

9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubierta.

10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.

11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, aparatos auditivos, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardiaco artificial (marcapasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto el límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es, hasta en su caso, la suma asegurada si el evento está cubierto.

12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del Médico tratante.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza y se ponga en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos, no se requerirá de la indicación del médico tratante.

En caso de emergencia médica, se cubrirá el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre independientemente de si el evento está cubierto o no, señalando que en caso de que el evento no esté cubierto por "LA INSTITUCION" se pagará una única vez, dentro de la vigencia de la póliza, el reembolso de ambulancia terrestre.

El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes:

Traslado de aeropuerto a aeropuerto cuando el asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesaria por no poder ser atendido en el lugar que ocurrió éste.

El tipo de ambulancia que se enviará, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, es decir, se proporcionará ambulancia de terapia intensiva, de terapia intermedia o estándar con Médico especialista a bordo o con Médico general, según se requiera.

13. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad cubierta o accidente cubierto.

14. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de un trasplante de corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, páncreas, riñón y médula ósea. Únicamente se cubrirán los gastos médicos originados por las intervenciones quirúrgicas que se practiquen al asegurado receptor, siempre y cuando dicho tratamiento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en esta póliza.

16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten los estudios correspondientes donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente hasta el límite de la suma asegurada.

17. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente póliza siempre y cuando sea por prescripción médica.

El límite de responsabilidad es hasta la suma asegurada si el evento está cubierto.

18. Se cubren los Padecimientos Preexistentes, según se definen en la póliza, siempre y cuando en un periodo de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento o vigilancia médica y/o que dicho padecimiento no haya sido cubierto por otra Institución, o sea considerado como un complemento o cola de siniestro.

19. Los gastos en que incurra el Asegurado, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo, no limitativo. La cobertura será hasta el monto total de la suma asegurada contratada.

Tauromaquia, automovilismo, motociclismo terrestre o acuático, ciclismo, esquí en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yate, etc.) buceo, equitación, charrería, polo, hockey, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, deportes aéreos y similares, velideltismo, boxeo, lucha libre o grecorromana, karate, artes marciales, etc.

20. Tratamientos médicos quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, únicamente adquiridos a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto dentro de la vigencia de la póliza.

21. Quedan cubiertos los procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos de apendicectomía que se manifiesten durante la vigencia de la póliza. El límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es hasta la suma asegurada.

22. Legrados uterinos con excepción de los que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la aseguradora directamente. Los gastos quedan cubiertos hasta un máximo de 30SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

23. Gastos propios del recién nacido sano, así como su atención pediátrica en condiciones normales hasta lograr su incorporación al seno familiar. Ampara los gastos originados sin aplicación de deducible y coaseguro establecidos en la póliza, siempre y cuando el pediatra o neonatólogo que lo atendió se encuentre en convenio así como el hospital pertenezca a la red médica de la aseguradora. La responsabilidad de "LA INSTITUCION" es de hasta 3 SMGMVDF, cantidad sobre la cual se aplicará el deducible de 1 SMGMVDF y coaseguro del 10%, en caso de no utilizarse médicos y hospital en convenio, para el pago de esta cobertura se deberá tramitar el alta de los recién nacidos dentro de los noventa días siguientes a su nacimiento, quedando cubierto a partir de la fecha de nacimiento, en caso contrario iniciará su vigencia con la fecha de solicitud a "LA INSTITUCION" sin estar en posibilidad de solicitar el reembolso de esta cobertura.

Se entiende como incorporación al seno familiar en el momento en que abandone un hospital después del nacimiento y que el recién nacido se encuentre en condiciones normales y estables. El pago de esta cobertura será por reembolso

24. Gastos originados por la operación cesárea, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica, los gastos de hospitalización, medicamentos intrahospitalarios y postoperatorios siempre y cuando, éstos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

Como operación cesárea, se considerará aquella que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño (a) o de la madre.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la Asegurada Titular ó Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular, por lo que no quedarán protegidas las Hijas ni la Madre del Asegurado o Asegurada Titular, ni la Madre del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijas solteras mayores de 25 años.

Los gastos originados por la operación cesárea quedarán cubiertos para la Asegurada Titular.

Tratándose de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la presente póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho ó dentro de los 90 días naturales siguientes a su designación o incorporación al servicio activo como servidor público.

En caso de que el alta de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se realice después del periodo antes mencionado (90 días naturales) el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el alta de su cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo en los periodos establecidos durante la vigencia para la realización de dichos trámites y operará la cobertura de cesárea, únicamente si el inicio de la gestación ocurre en fecha posterior al alta.

25. Parto o aborto involuntario bajo los términos siguientes:

a) Gastos correspondientes a hospitalización, honorarios médicos y anestesista, medicamentos intrahospitalarios y postparto siempre y cuando, éstos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente.

b) Gastos derivados de la atención de las siguientes complicaciones del parto: erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, polihidramnios y oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina o varices vulvares o vaginales.

c) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio para cada Asegurada:

1. Embarazo Extrauterino
2. Toxicosis Gravídica, Eclampsia y Preclampsia
3. Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)
4. Fiebre Puerperal
5. Otras complicaciones, como el embarazo anembriónico, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

Sólo se cubrirá a la Asegurada Titular o a la Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular cuya edad sea desde los 15 años y hasta los 45 años.

Tratándose de la Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la presente póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho ó dentro de los 90 días naturales siguientes a su designación o incorporación al servicio activo como servidor público.

En caso de que el alta de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se realice después del periodo antes mencionado (90 días naturales) el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el alta de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo en los periodos establecidos durante la vigencia para la realización de dichos trámites y operará la cobertura de parto o aborto, únicamente si el inicio de la gestación ocurre en fecha posterior al alta.

Los honorarios médicos/quirúrgicos así como los gastos hospitalarios se cubrirán hasta una suma asegurada máxima de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

Quedan amparados bajo esta póliza cualquier tratamiento médico o quirúrgico en el caso de aborto involuntario, siempre que esté cubierto en las condiciones de la póliza.

26. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos del hijo nacido dentro de la vigencia de esta póliza, siempre y cuando se haya notificado a "LA INSTITUCION" sobre el nacimiento, dentro de los 90 días naturales siguientes a su acontecimiento.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros quedarán cubiertos, excepto aquellos que sean a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido.

27. Se cubrirán gastos por estudios realizados a posibles donadores tratándose de histocompatibilidad indispensable en los casos de trasplantes de córnea, corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, riñón y médula ósea; con un máximo de 5 estudios por enfermedad.

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

28. Tratamiento médico y quirúrgico derivado del trasplante de cornea cubriendo los gastos médicos de rehabilitación, en el entendido que la rehabilitación será la que determine su médico tratante. Se sujeta al deducible y coaseguro del 10% o el establecido en la Cláusula 22. Restricción de Hospitales, según corresponda.

Esta cobertura se otorga al Asegurado Titular, siempre y cuando tenga un año de antigüedad laboral en el Poder Judicial de la Federación y un año de vigencia continua dentro de la colectividad asegurada.

Para el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres del Asegurado Titular y padres del cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, la presente cobertura se otorgará siempre y cuando cuenten con un año de vigencia continua dentro de la colectividad del Poder Judicial de la Federación.

29. Tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia, y similares, siempre y cuando el número de dioptrías sea igual o mayor a 3 dioptrías por padecimiento y por cada ojo. Se otorga por única vez durante la vigencia de la póliza, independientemente si el gasto fue en uno o en ambos ojos.

Esta cobertura se otorga al Asegurado Titular hasta la suma asegurada de \$15,000.00 siempre y cuando el Asegurado tenga un año de antigüedad laboral en el Poder Judicial de la Federación y un año de vigencia continua dentro de la colectividad asegurada.

Para el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo hijos, padres del Asegurado Titular y del cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, la presente cobertura se otorgará con una suma asegurada de hasta \$15,000.00 siempre y cuando cuenten con un año de vigencia continua dentro de la colectividad del Poder Judicial de la Federación.

El asegurado deberá presentar la cotización del Hospital y el Médico para el evento junto con la programación de cirugía. En el caso de que existan remanentes se ajustarán por reembolso.

30. Tratamientos médicos o quirúrgicos, de: amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas incluyendo lentes intraoculares y/o anillos intracorneales y la colocación de los mismos y desprendimiento de retina cualquiera que sea su causa, litiasis

renal y en vías urinarias, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua se eliminará el periodo de espera y quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad referida, se ajuste a los tabuladores que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera previa autorización de "LA INSTITUCION".

31. Tratamientos médicos o quirúrgicos, de: nariz y senos paranasales, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada los cuales deberán ser justificados con estudios de laboratorio y gabinete, y aplicará coaseguro del 10% o el establecido en la Cláusula 22. Restricción de Hospitales, según sea el caso.

En caso de que la atención médica del padecimiento sea a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, se elimina el periodo de espera y la aplicación del coaseguro.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

32. Circuncisión, se cubrirá una vez transcurrido el segundo año de antigüedad continua de la póliza para cada Asegurado dentro de las pólizas contratadas con el Poder Judicial de la Federación.

33. A partir del cuarto año de antigüedad continua de la póliza para cada asegurado dentro de las pólizas contratadas por el Poder Judicial de la Federación, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él.

D. SERVICIOS AGREGADOS.

34. Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de antigüedad, el inicio de vigencia de la primera expedición de una póliza de Gastos Médicos Mayores de una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura, y en su caso, el periodo descubierto, no sea mayor a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento, se reconocerá la antigüedad que el asegurado haya tenido con otra Aseguradora, siempre y cuando no exista un periodo en descubierto (sin cobertura) mayor a 30 días naturales, excepto para padecimientos que estén condicionados a antigüedad en el Poder Judicial de la Federación, los cuales deberán cumplir con la permanencia continua en la póliza.

No se dará continuidad ni se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la presente póliza con "LA INSTITUCION" o del correspondiente certificado individual.

Si la documentación con la cual se respalda el periodo cubierto en otra Aseguradora, no se presenta al ingresar a la colectividad asegurada por la presente póliza, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de "LA INSTITUCION".

35. Para aquellos servidores públicos que hayan sido objeto de una promoción o cambio de nivel jerárquico y que en ese momento se encuentren haciendo uso de la cobertura derivado de un padecimiento o tratamiento médico cubierto por la póliza, el monto de la suma asegurada básica al inicio del padecimiento, se incrementará lo correspondiente al nivel inmediato superior del puesto en que se encontraba, esto, siempre y cuando a la fecha de cambio del nivel jerárquico no haya hecho uso del 70% o más de la suma asegurada.

E. EXCLUSIONES.

El contrato contenido en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección e intervención expresamente excluido por enfermedad en esta póliza.

GASTOS DE ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie o cirugías por cambio de sexo.
4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.
5. Gastos por gestión administrativa en hospitales.
6. Tratamientos dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
7. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud, o check-up.
8. Anteojos o lentes de contacto, así como lentes externos.
9. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos.
10. Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como estado de enajenación mental, de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis y en general cualquier estudio o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes o consecuencias.
11. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.
12. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación.

13. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe nacional.
14. Enfermedades y accidentes que sufra el Asegurado bajo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad.
15. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
16. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado.
17. Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
18. Práctica profesional de cualquier deporte.
19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
20. Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.
21. Control, vigilancia y atención prenatal.
22. Estudios realizados a posibles donadores, salvo los amparados en el numeral 27 del Apartado B, de las Condiciones Generales.
23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.
24. Honorarios de ayudantes en el parto o aborto involuntario.
25. Complementos vitamínicos.

CLÁUSULAS GENERALES

1. CONTRATO.

Esta póliza, la colectividad, la solicitud de inclusión y/o bajas de personal asegurado, los certificados individuales, el registro de Asegurados y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y "LA INSTITUCION", bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de esta póliza.

2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Se entenderá que la colectividad asegurable está constituida por todas las personas que pertenezcan a la que representa el Contratante, así como el Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos dependientes económicos y/o Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos solteros mayores de 25 años de edad.

La colectividad asegurada la integran los miembros de la colectividad asegurable que aparezcan inscritos en el registro de asegurados anexo a esta póliza, así como el Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos dependientes económicos menores de 25 años de edad y/o Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos solteros mayores de 25 años de edad.

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las condiciones generales y las cláusulas generales de la presente póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y "LA INSTITUCION". En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por "LA INSTITUCION", carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. NOTIFICACIONES.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a "LA INSTITUCION" por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que "LA INSTITUCION" haga al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al último domicilio legal de que tenga conocimiento.

6. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, 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 INSTITUCION" 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 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 sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o Asegurado o de "LA INSTITUCION", se efectuarán en moneda nacional.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo a las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio, para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

8. MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN).

Mientras esté en vigor la presente póliza, "LA INSTITUCION" incluirá bajo la protección de la misma con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a "LA INSTITUCION", indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la presente póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada.

Únicamente se podrá solicitar el alta de nuevos dependientes económicos que actualmente no estén asegurados en la póliza, la baja de algún asegurado y/o la potenciación de suma asegurada del 31 de diciembre de 2011 al 15 de febrero de 2012 o del 2 de abril de 2012 al 16 de abril de 2012; después de este plazo no podrán solicitar trámites de aseguramiento o cancelación por estos conceptos. Mismo periodo aplica para 2013 y 2014.

Para efectos de la aplicación de la cobranza (quincena 03/2012), los servidores públicos contarán con el periodo del 03 al 20 de enero de 2012, en caso de que para la nueva vigencia no deseen la renovación de sus dependientes económicos (hijos mayores de 25

años, padres, suegros) o quieran cancelar o modificar la potenciación de suma asegurada en el Seguro de Gastos Médicos Mayores, a fin de evitar descuentos en nómina por estos conceptos. Mismo periodo aplica para 2013 y 2014.

Después del período específico avisado por su área de Recursos Humanos de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación del 31 de diciembre de 2011 hasta el 15 de febrero de 2012, durante la vigencia de la póliza y después de los 45 días posteriores a la entrega de las pólizas a los servidores públicos, no se podrá solicitar la baja o cancelación en el seguro de ningún dependiente económico (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos menores de 25 años, hijos mayores de 25 años, padres y/o suegros), ni se podrá solicitar la disminución o cancelación de la potenciación de suma asegurada. Mismo periodo aplica para 2013 y 2014.

Las únicas excepciones al punto anterior serán los casos en que se cumplan los siguientes supuestos:

Los servidores públicos de nuevo ingreso al Poder Judicial de la Federación, contarán con 90 días naturales a partir de la fecha de ingreso para asegurarse como titulares de la póliza.

Si la notificación se hace con posterioridad a los 90 días enunciados, el alta del servidor público quedará registrada a la fecha de la solicitud a "LA INSTITUCION".

Los servidores públicos de nuevo ingreso al Poder Judicial de la Federación, contarán con 90 días naturales a partir de la fecha de ingreso para asegurar a su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e hijos menores de 25 años con lo que se reconocerá el alta a partir de la fecha de ingreso del servidor público. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

Por otra parte, los servidores públicos de nuevo ingreso podrán solicitar la potenciación de suma asegurada, alta de hijos mayores de 25 años, padres y/o suegros sólo dentro de los 45 días naturales posteriores a la fecha de ingreso, haciendo efectivo dicho movimiento a la fecha de la solicitud (dentro de estos 45 días) del interesado ante la aseguradora. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

Todo movimiento de altas, bajas de asegurados e incrementos de suma asegurada (potenciación) se realizarán por conducto de las instancias del Poder Judicial de la Federación correspondiente a la Aseguradora.

Quedan exceptuados de la restricción, los aseguramientos de nuevos hijos nacidos durante la vigencia de la póliza, adoptados o las personas respecto de las cuales se ejerza la patria potestad, presentando para ello el documento oficial que lo acredite, por lo que el titular deberá solicitar a la aseguradora la incorporación de su hijo dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento u ocurrencia del hecho. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

Si el asegurado titular contrae matrimonio durante la vigencia, el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo podrá pertenecer a la colectividad asegurada desde la fecha de su matrimonio civil o cualquier otra figura legalmente reconocida por la legislación civil como el concubinato, siempre y cuando el titular solicite a la aseguradora la incorporación de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del matrimonio. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

El asegurado Titular podrá solicitar la baja de su cónyuge en caso de Divorcio, cuyos efectos procederán a partir de la fecha del mismo, siempre y cuando lo solicite dentro de siguientes 90 días naturales. Después de este periodo, no podrá solicitar su baja sino hasta el inicio del siguiente periodo en el que pueda realizar altas, bajas o cambio de suma asegurada.

Podrán incorporarse a otra póliza de una de las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación los servidores públicos que causen baja de una póliza del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral) en la que hubieran sido titulares o dependientes, en razón del término de nombramiento, renuncia, suspensión o cese, sin importar el parentesco con el que nuevamente se aseguren, siempre y cuando esté autorizado (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres o suegros). Este beneficio procederá también para sus dependientes que hubieren estado asegurados a la fecha de baja, siempre y cuando se solicite dentro de los 30 días naturales posteriores a la baja. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

Los servidores públicos que soliciten de manera simultánea la baja de un cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo asegurado por otro cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo nuevo en la póliza. Deberán solicitar la baja y el alta de forma simultánea, de lo contrario ya no se podrá solicitar el aseguramiento nuevo ni la baja hasta la siguiente vigencia.

En caso de que se presente el fallecimiento de algún dependiente económico protegido en esta cobertura, el movimiento de baja será operado a la fecha del suceso, siempre y cuando éste ocurra durante la vigencia de la póliza, en caso contrario, la baja se considerará a la fecha de inicio de la cobertura, esto es, 31 de diciembre del año en que corresponde.

Si el asegurado Titular determina potenciar su suma asegurada y/o asegurar a sus ascendientes, los términos y condiciones serán iguales a la cobertura del Titular, aclarando que la suma asegurada potenciada no se tomará retroactiva a la fecha de inicio de su primer póliza y/o a su fecha de alta en el seguro.

La fecha de inicio de potenciación, así como del aseguramiento de dependientes económicos (cónyuge, hijos, padres del titular y del cónyuge) será a partir de la fecha de recepción del formato correspondiente, en las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de cada instancia administrativa del Poder Judicial de la Federación dentro de los periodos establecidos para este tipo de movimientos.

Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a comunicarlo por escrito a "LA INSTITUCION", entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Las personas, podrán continuar aseguradas a partir de la fecha de baja y hasta el término de ese año fiscal, con las mismas condiciones y beneficios contratados en la presente póliza, a petición expresa de los interesados, con la responsabilidad de pagar la prima correspondiente a cargo del Asegurado Titular y/o sus beneficiarios en una sola exhibición directamente en las oficinas de "LA INSTITUCION", el pago debe realizarse dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de baja, una vez transcurrido dicho año fiscal, no podrán solicitar continuar asegurados en la colectividad.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, "LA INSTITUCION" devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado, en caso de que se realice el pago anual de las primas correspondientes.

En caso de baja del Asegurado Titular de la póliza igualmente causarán baja de la misma automáticamente tanto su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo como también, en su caso, sus Hijos dependientes económicos o sus Padres tanto del Asegurado Titular como de su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo.

En caso del fallecimiento del Asegurado Titular durante la vigencia de la póliza, tanto su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o sus Hijos dependientes económicos menores de 25 años que le sobrevivan, podrán continuar asegurados por la Suma Asegurada Básica, hasta el término del año fiscal, sin costo en la prima, una vez transcurrido dicho año fiscal, no podrán continuar asegurados en la colectividad.

La suma asegurada potenciada, que en su caso, tuvieran contratada, podrá conservarse siempre y cuando ésta se solicite y se cubra la prima correspondiente en una sola exhibición (en el supuesto de haber solicitado pago vía descuento por nómina) a "LA INSTITUCION" dentro de los 30 días posteriores al fallecimiento del titular, debiéndose efectuar el pago mediante depósito bancario referenciado.

Asimismo "LA INSTITUCION" dará la cotización del importe de primas correspondientes únicamente al incremento de suma asegurada o hijos mayores de 25 años de edad y/o ascendientes que no han sido pagadas aún por el funcionario fallecido, en un plazo no mayor a 5 días hábiles de haber recibido la solicitud expresa.

Para acceder a este beneficio, será indispensable que la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación, a la cual se encontraba adscrito el asegurado titular fallecido, lo solicite mediante oficio a "LA INSTITUCION".

9. OBLIGACIONES “EL CONTRATANTE” RESPECTO A MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS.

I. Contratante.

a) Dar de alta en el seguro de acuerdo a los tiempos señalados en la cláusula general 8° a todas aquellas personas que, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de iniciación de esta cobertura reúnan dichos requisitos.

b) Dar aviso a “LA INSTITUCION”, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

c) Comunicar a “LA INSTITUCION” las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada, así como las continuidades de todos los Servidores Públicos del Poder Judicial de la Federación al término de vigencia en los casos en que el Asegurado lo solicite.

d) Generar la cobranza para el pago de las primas adicionales a cargo del servidor público que se descuentan vía nómina, de conformidad con el calendario establecido por la Instancia Administrativa y le entregará a “LA INSTITUCION” para su conciliación y aplicación.

II. De “LA INSTITUCIÓN”

a) Envío de reportes de siniestralidad separada por póliza y vigencia, dentro de los primeros quince días siguientes al término de cada mes, conciliando estas cifras con las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, de la siguiente manera:

- A la semana posterior al envío, cada Instancia evaluará los reportes y remitirá a la Aseguradora sus observaciones.

- “LA INSTITUCION”, una vez que reciba los comentarios, en la siguiente semana devolverá los reportes con la respuesta a las correcciones u observaciones que al caso procedan.

b) Generar y presentar a cobro los recibos correspondientes a la prima básica a cargo de cada Instancia Administrativa que corresponda y de conformidad al tipo de pago contratado, emitiendo recibo en el que se incluyan todos los movimientos solicitados y de conformidad con las características requeridas por la Instancia Administrativa.

c) Revisar y conciliar con la Instancia Administrativa la aplicación de la cobranza que le fue entregada por el pago de las primas adicionales a cargo del servidor público que se

descuentan vía nómina, de conformidad al calendario establecido por cada Instancia Administrativa y con las características de ésta.

d) Realizar conciliaciones de cobranzas mensuales, semestrales y anuales de la población asegurada dentro de los 15 días naturales al cierre de cada mes y de conformidad con las características requeridas por cada Instancia, a efecto de verificar la correcta aplicación del pago de primas básicas y adicionales y/o a cargo de los servidores públicos, y en su caso "LA INSTITUCION" deberá efectuar la devolución de pagos de primas en exceso.

e) Verificar que los servidores públicos y sus dependientes económicos se encuentren asegurados en una sola póliza; para lo cual deberá privilegiar la titularidad de los servidores públicos y para los dependientes se considerará únicamente la póliza de mayor suma asegurada, en caso contrario serán cancelada(s) la(s) demás, lo anterior previa autorización de cada Instancia, presentando un reporte mensual de dicha situación a cada Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación.

Asimismo se obliga a verificar las duplicidades de asegurados que existan entre los servidores públicos adscritos a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, presentando un reporte mensual de dicha situación a cada Instancia Administrativa.

f) Entregar en forma trimestral vía magnética e impresa en hojas membretadas de "LA INSTITUCION" o en formato preimpreso el directorio de hospitales y médicos en convenio, así como los laboratorios, gabinetes y farmacias actualizado a la fecha de entrega.

10.

EDAD.

Para efecto de este contrato las edades límites de aceptación y renovación son:

a) Asegurados Titulares y Cónyuges, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo sin límite.

b) Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo hasta los 85 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los 86 años de edad.

c) Hijos del Asegurado Titular, desde el nacimiento hasta los 24 años de edad, sin costo para el Asegurado Titular. Se mantendrán asegurados automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los 25 años de edad, así como para el resto de las vigencias, hasta en tanto el Asegurado Titular solicite de manera expresa mediante el llenado del formato la baja correspondiente, iniciando la aplicación del descuento vía nómina por este concepto, con cargo al servidor público titular, al aniversario siguiente de la póliza en que el Asegurado cumpla los 25 años de edad.

d) Hijos solteros mayores de 25 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el asegurado contraiga matrimonio.

Para comprobar la edad del Asegurado "LA INSTITUCION" podrá solicitar en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que "LA INSTITUCION" tenga la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si la edad de algún Asegurado estuviese fuera de los límites fijados para este contrato, quedará nulo el certificado individual que lo ampara. "LA INSTITUCION" reintegrará el 100% de la prima de ese asegurado, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la presente póliza. Esta acción se podrá llevar a cabo a partir del momento en que "LA INSTITUCION" tenga conocimiento del hecho.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, "LA INSTITUCION" estará obligada a reembolsar el 100% de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese Asegurado y el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad real.

Si se hubiese pagado una prima inferior que la que correspondía a la edad real o nivel de algún Asegurado, "LA INSTITUCION" sólo estará obligada a cubrir el equivalente de la suma asegurada en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa para su edad real o nivel, en la fecha de celebración del contrato.

11. RESIDENCIA.

Para efecto de este contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

12. PRIMAS.

La prima de los Asegurados titulares se determinará en función de la suma asegurada de cada uno, y queda a cargo del contratante el pago en la forma convenida.

El pago de la prima de seguro básica del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y de los Hijos menores de 25 años de edad quedarán a cargo del Contratante; el pago de la prima de seguro por los Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años y potenciación quedará a cargo del Titular, quien lo efectuará en forma anual o mediante cargo a su salario a través de su descuento quincenal en el sistema de nómina del Contratante.

La prima de la suma asegurada adicional de los Asegurados Titulares y, en su caso, la de su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros menores de 25 años de edad y/o padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años de edad y potenciación, contratadas por el Asegurado Titular de manera voluntaria, se determinará de acuerdo al monto de suma asegurada elegida por este, quien efectuará su pago en forma anual o mediante cargo a su salario a través de descuento por el sistema de nómina del Contratante. La suma asegurada básica del titular o, en su caso, la suma asegurada

potenciada que contrate, será la misma para el titular y para su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o hijos solteros menores de 25 años de edad y/o padres del Asegurado Titular y/o padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años de edad.

“LA INSTITUCION” está obligada a presentar a cobro las primas y dar aviso de su vencimiento en el domicilio legal del contratante, a más tardar en un plazo no mayor a 30 días naturales.

El pago de la prima deberá efectuarse en las oficinas de cada Instancia Administrativa y/o a través del sistema de nómina, para el caso del descuento quincenal a cargo de Asegurados Titulares.

“LA INSTITUCION” se compromete a que la base de datos inicial que le entregue la parte asegurada y que comprenderá la población general de asegurados, deberá mantenerse actualizada durante la vigencia de la póliza, incluyendo las altas, bajas y/o modificaciones correspondientes a la vigencia contratada, mismas que servirán de base para la expedición de certificados y credenciales.

13.

PERIODO DE GRACIA.

Se gozará de un lapso de treinta días naturales a partir del aviso del cobro y conciliación respectiva para liquidar el total de la prima pactada.

14.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta, el asegurado liquidará el deducible obligatorio y, en su caso, el coaseguro correspondiente.

PAGO DE RECLAMACIONES.

“LA INSTITUCION” sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en Hospitales debidamente autorizados.

“LA INSTITUCION” se compromete a que en el término de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza establecerá convenios con hospitales en aquellos lugares en donde no se tiene, siempre y cuando el o los proveedores contactados para dichos convenios acepten establecerlos. Mientras tanto durante el periodo de su establecimiento, la cobertura se amparará de la siguiente forma:

Si dentro de esos 30 días un asegurado llegase a requerir de los servicios Médicos de una Institución Hospitalaria en los términos amparados por la póliza que no se encuentre en convenio con la Red Médica con “LA INSTITUCION”, esta compañía se compromete a coordinar el pago directo de las erogaciones que se generen a cargo del asegurado, siempre y cuando el Hospital y/o Médicos acepten sus políticas de pago directo. Para tales efectos “LA INSTITUCION” se comunicará y establecerá con la Institución Hospitalaria que atienda al Asegurado, el pago de estos gastos, en un plazo no mayor de 24 horas hábiles contadas a

partir del momento en que el asegurado haga la notificación correspondiente a la Coordinación de la Red Médica Nacional de "LA INSTITUCION" y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada "LA INSTITUCION" con otras Instituciones y/o Médicos. En caso contrario la reclamación será canalizada bajo el esquema de reembolso establecido en la póliza.

No se hará por parte de "LA INSTITUCION" pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencias o asistencias sociales donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

Las reclamaciones tramitadas en el Distrito Federal y su Área Metropolitana, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que "LA INSTITUCION" o persona autorizada por la Institución reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización. Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realice en el Interior de la República, el plazo máximo no excederá de doce días naturales.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCION" pagará una penalización de \$100.00 (cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso.

Transcurrido el lapso de un año "LA INSTITUCIÓN" podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico para el pago de reembolsos complementarios por parte de "LA INSTITUCIÓN".

En el caso de las terapias de rehabilitación transcurrido el primer ciclo de terapias prescritas por el médico tratante, "LA INSTITUCIÓN" podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico en el que indique el estado actual del asegurado.

15. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los Sistemas de Pago previstos son:

a) PAGO DIRECTO.

El Sistema de Pago Directo considerado en esta póliza opera, además de los términos estipulados en las DEFINICIONES de la misma, en los casos que se indican a continuación, siempre que el asegurado requiera de atención médica o ingreso a un Hospital y obtenga los servicios de Médicos y Hospitales de la Red Médica o el Médico tratante acepte el pago de acuerdo con el tabulador de médicos en convenio con "LA INSTITUCION", cuyo deducible obligatorio referido en la cláusula 14 anterior deberá ser cubierto por el asegurado directamente en el hospital en el momento del alta del asegurado.

En caso de que el médico tratante no acepte el pago de acuerdo con el tabulador de médicos en convenio y el hospital pertenezca a la red médica, se aplicará el coaseguro, en su caso, de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, en

el reembolso de honorarios médicos que solicite el asegurado de acuerdo a las condiciones generales de esta póliza.

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

Trámite.- La programación de cirugías deberá llevarse a cabo con cinco días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en que "LA INSTITUCION" valorará la intervención y/o tratamiento y otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que debe de entregar en el área de admisión del Hospital y al Médico tratante.

En el caso de que se trate de un Médico que no pertenezca a la Red Médica pero que haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico, deberá expresarlo y avalar con su firma autógrafa en la solicitud de cirugía programada.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite.- El servicio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital bajo convenio, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación del seguro y/o certificado individual y su estancia sea mayor a 24 horas.

El servicio también operará en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante tenga convenio en "LA INSTITUCION" o aún no perteneciendo a la misma haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o del Médico Tratante, "LA INSTITUCION" por conducto de un Médico supervisor, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte de "LA INSTITUCION", en un plazo no mayor de 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a la Aseguradora.

"LA INSTITUCION" podrá nombrar un Médico para verificar en el Hospital en que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

En cualquiera de los dos procedimientos anteriores, cuando el médico tratante no pertenezca a la Red, será responsabilidad del Asegurado requisitar la firma de conformidad del Médico, en el formato de aceptación del monto de los honorarios que "LA INSTITUCION" cubrirá de acuerdo al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento Médico. El formato deberá requisitarse para cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales "LA INSTITUCION" deberá cubrir sus honorarios.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad y que simultáneamente utilicen Hospitales y Médicos de la Red Médica o Médicos que no siendo de convenio acepten los tabuladores, el Asegurado

pagará coaseguro de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a sus honorarios, salvo la obligación en su caso del deducible y los gastos no cubiertos de acuerdo a las Condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su egreso del hospital.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

b) REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos mediante reembolso "LA INSTITUCIÓN" le indemnizará aplicando en su caso el deducible correspondiente dentro de los términos y condiciones contratados con la Institución y a la aplicación del coaseguro será de conformidad con los supuestos contratado y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Cuando el Asegurado haya cubierto los gastos procedentes por atención médica u hospitalarias conforme a las coberturas amparadas en la póliza, solicitará en el módulo que para tales fines establezca "LA INSTITUCION" o a través de las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, el pago de la indemnización que corresponda acompañando la documentación respectiva en caso de que la documentación sea incompleta "LA INSTITUCION" deberá informar en el centro de trabajo del Asegurado en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que la requisiere.

"LA INSTITUCION" cubrirá los gastos reclamados que así procedan, por padecimientos y/o accidentes cubiertos para el área metropolitana dentro de los siguientes doce días naturales contados a partir de la fecha en que se hubiere recibido la reclamación debidamente requisitada por el Asegurado en el módulo antes mencionado o en las oficinas de "LA INSTITUCION" o en las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, o dentro de los veinte días naturales siguientes, en el caso de reclamaciones recibidas en dicho módulo del interior de la República.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCION" pagará una penalización de \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA INSTITUCION" la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. Formato de aviso de accidente o enfermedad debidamente requisitado y firmado.
2. Formato Informe Médico debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
3. Facturas y/o notas originales que satisfagan los requisitos fiscales de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas o notas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de la receta médica correspondiente o copia fotostática de esta cuando se trate de medicamentos controlados, especificando cada uno de los medicamentos comprados, señalando que la prescripción médica deberá actualizarse por lo menos cada 6 meses.
5. Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.

En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento o este no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
7. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

El mecanismo y/o procedimiento de pago de suma asegurada en caso de fallecimiento del asegurado titular, encontrándose éste en proceso de atención médica para el caso de reembolso o durante el trámite de reclamación que se aplicará es: los cheques resultantes de los trámites de reembolso de un asegurado titular que haya fallecido se pagarán a su cónyuge o concubina(o) en primera instancia, en segunda a sus hijos mayores de edad asegurados en su póliza y al no contar con nadie asegurado a los designados mediante testamento o juicio de lo familiar.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación inicial se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente.

En el caso de que no se haya realizado simultáneamente la atención médica en Hospitales y Médicos de la Red Médica, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, y que se soliciten por el sistema de reembolso, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES. El deducible y coaseguro contratados se especifican en la carátula y/o certificado individual y/o tarjeta de identificación expedida por "LA INSTITUCION".

Accidente.- Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto, y la atención médica se realice dentro de los primeros noventa días naturales de ocurrido el mismo se considerará accidente, pasada esta fecha si el padecimiento está cubierto por la póliza se considerará enfermedad aplicando los términos estipulados en la misma. Los accidentes serán cubiertos hasta la suma asegurada contratada, el deducible y coaseguro será aplicado de acuerdo a los supuestos contratados y el coaseguro, en su caso, podrá eliminarse de conformidad con los supuestos de las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza salvo lo pactado en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Cuantía del reembolso.- La cantidad que "LA INSTITUCION" pagará al Asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza.
2. A la cantidad resultante se descontará en su caso primero el deducible y después en su caso la cantidad por coaseguro, de conformidad con las condiciones generales de la póliza y la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.
3. El deducible se aplicará una sola vez por cada enfermedad o accidente cubierto de acuerdo de conformidad con las condiciones generales de la póliza.
4. En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

c) PAGO MIXTO.

El sistema de pago mixto operará en todos aquellos casos en que una parte de los gastos generados por el Asegurado en virtud de atención médica o ingreso a un Hospital, serán liquidados mediante pago directo por "LA INSTITUCION" y la otra parte, mediante reembolso, con sujeción en los términos estipulados de esta póliza.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

d) COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por el asegurado en forma anterior y posterior a una atención médica o quirúrgica, por un accidente cubierto o enfermedad cubierta que fueron previamente autorizados por "LA INSTITUCION" por pago directo, aplicando para ello los términos establecidos en la presente póliza.

16. OTROS SEGUROS.

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras Compañías Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Institución ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra Institución.

17. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso (el asegurado) podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Con independencia de lo anteriormente estipulado, para la interpretación y cumplimiento de las obligaciones contenidas en este convenio, el Contratante y "LA INSTITUCION" expresamente acuerdan someterse, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, a las determinaciones del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

18. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA.

En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

19. INTERÉS MORATORIO.

Si "LA INSTITUCION" no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, de conformidad a lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se efectuará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre obligaciones denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de la Banca Múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que se presente la mora.

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivo denominados en dólares de los

Estados Unidos de América, de las instituciones de Banca Múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que se presente la mora.

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo de intereses moratorios a que aluden las fracciones I y II de la presente cláusula, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que la sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

IV.- En todos los casos los intereses moratorios se generarán por día, de aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago de intereses correspondiente a la moneda que se haya pactado en la obligación principal conforme a las fracciones I y II de la presente cláusula y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

20. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La vigencia de la cobertura contratada, concluirá en las fechas de terminación indicadas en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) La terminación del contrato por cualquiera de las causas establecidas en las bases de licitación.
- b) La cancelación de la presente póliza a solicitud del contratante.
- c) El término del periodo de gracia antes del pago de la prima completa o de cada una de las fracciones pactadas en el Contrato.

Para el caso de que "LA INSTITUCION" pretenda dar por terminado o concluir el presente contrato póliza anticipadamente, esto solo podrá surtir efecto hasta noventa días naturales después de que se notifique por escrito dicha decisión a la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza.

21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El Poder Judicial de la Federación podrá participar en las utilidades que obtenga "LA INSTITUCION" en este seguro al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas pagadas menos siniestros ocurridos del ejercicio de todas las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación en los que incluirá la reserva por siniestros ocurridos no reportados. El dividendo se otorgará a favor de la contratante tanto el resultado de la cobertura básica, así como de los seguros adicionales.

Para efecto de la determinación de dicho dividendo, "LA INSTITUCION" efectuará al final de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza, previo requerimiento del pago por parte del Contratante, las operaciones siguientes:

- a) Al 80% (ochenta por ciento) de todas las primas pagadas y devengadas del periodo vencido, se deducirá el importe de los siniestros reclamados del propio periodo, un porcentaje del monto de estos siniestros para afectarse a la reserva de siniestros ocurridos y no reportados.
- b) Si la suma de los siniestros reclamados en el periodo más el porcentaje correspondiente a la reserva de siniestros ocurridos y no reportados, es mayor que el mencionado porcentaje de la prima pagada y devengada, no se otorgará dividendo al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza.
- c) El monto remanente de la reserva de siniestros ocurridos y no reportados, se reembolsará al Poder Judicial de la Federación al término de periodo de cobertura definido en el tercer párrafo del punto A. COBERTURA BÁSICA de las Condiciones Generales.

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Para que los servidores públicos cuenten con una atención médico-hospitalaria acorde al monto de la suma asegurada que en razón de su nivel les corresponde, se observará en los siguientes cuadros de Hospitales, a los que los servidores públicos podrán tener acceso conforme su suma asegurada contratada, tomando en consideración de que en dichas instituciones médicas los tabuladores de costos de hospitalización, servicios médicos, urgencias o terapia intensiva son muy elevados, situación que genera que algunos niveles de suma asegurada sean insuficientes para afrontar los gastos, siendo que en los demás hospitales de la red, el importe de la suma asegurada permite una óptima atención y el pago completo de los gastos a cargo de la póliza del seguro de gastos médicos mayores.

La aplicación de los deducibles y coaseguros actuales por el incremento de la suma asegurada (potenciación), entrará en vigor a partir de la fecha de su contratación, por lo que no serán aplicables a padecimientos o accidentes cubiertos por la póliza que hayan ocurrido antes de esta fecha, para cada certificado individual y/o asegurado.

Para la Potenciación aplicará el deducible obligatorio, según sea el caso, para cada enfermedad o accidente cubierto por la póliza, eliminado el coaseguro, a menos que la enfermedad cubierta por la póliza lo estipule en las condiciones generales como pago obligatorio, ejemplo enfermedad de nariz y senos paranasales.

Suma Asegurada Básica	Sin potenciación o potenciación hasta 333 SMGM			Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF 185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "A"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	20%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%.
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	15%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%..
185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%..
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF 185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%..

Con potenciación a partir de 444 SMGM				Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
Suma Asegurada Total	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
444 SMGMVDF 592 SMGMVDF 740 SMGMVDF 1,000 SMGMVDF	Tipo "A", "B", o "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%.

La aplicación de los deducibles y coaseguros actuales por el incremento de la suma asegurada (potenciación), entrará en vigor a partir de la fecha de su contratación, por lo que no serán aplicables a padecimientos o accidentes cubiertos por la póliza que hayan ocurrido antes de esta fecha, para cada certificado individual y/o asegurado.

Para la potenciación aplicará el deducible obligatorio, según sea el caso, para cada enfermedad o accidente cubierto por la póliza, eliminando el coaseguro, a menos que la enfermedad cubierta por la póliza lo estipule en las condiciones generales como pago obligatorio, ejemplo enfermedad de nariz y senos paranasales.

RELACION DE HOSPITALES		
Hospitales Tipo "A"	Hospitales Tipo "B"	Hospitales Tipo "C"
Distrito Federal Hospital Angeles del Pedregal Hospital Angeles de las Lomas Hospital ABC Hospital ABC. Santa Fe Guadalajara, Jal. Hospital Real San José de Zapopan Hospital Angeles del Carmen Cd. Juarez Hospital Angeles Cd. Juarez Puebla Hospital Angeles Puebla Tijuana, B.C. Hospital Angeles de Tijuana Aguascalientes Central Médico Quirúrgica Saltillo Coahuila Hospital Mugerza Torreón, Coahuila Hospital Angeles Torreón León, Gto. Hospital Angeles de León Puerto Vallarta, Jal. Hospital Amerimed Monterrey, N.L. Hospital Mugerza Monterrey Hospital San José de Monterrey Hospital Oca Santa Engracia Querétaro, Qro. Hospital Angeles de Querétaro Cancun, Q Roo. Hospital Galería de Cancún Villahermosa Tabasco CERACOM Angeles Villahermosa Xalapa, Veracruz Hospital Angeles Xalapa	Distrito Federal Hospital Médica Sur Hospital Español Hospital Angeles Metropolitano Hospital Sports Clinic Centro Médico Tiber Hospital Moeel Hospital Santa Fe Hospital Dalinda Tijuana, B.C. Hospital Excel Chihuahua, Chi. Hospital CIMA de Chihuahua Clínica del Parque Chihuahua Clínica del Centro Chihuahua Cd Juarez, Chi. Centro Médico de Especialidades Saltillo, Coah. Hospital Mugerza de Saltillo León, Gto. Hospital Aranda de la Parra Guadalajara, Jal. Hospital San Javier Mexico Americano Country 2000 Puerto Vallarta, Jal. Hospital San Javier Marina Estado de México Hospital Ciudad Satélite Centro Médico de Toluca Hospital Río de la Loza Monterrey, N.L. Hospital Mugerza Sur Hospital Mugerza Concepción Hospital de Ginecología y Obstetricia Querétaro, Qro. Hospital San José Cancun, Q Roo. Hospital Americano de Cancún Culiacan, Sin. Hospital Angeles de Culiacán Hermosillo, Son. Hospital Liconsa de Hermosillo Hospital CIMA de Hermosillo Villahermosa, Tab. Hospital Angeles de Villahermosa Cuernavaca Henry Dunant Cozumel Clínica San Miguel Clínica Villanueva	Distrito Federal e Interior de la República Mexicana Resto de los Hospitales en convenio

SUBPARTIDA 1.1.1

COBERTURAS ADICIONALES

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL OPERATIVO DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

1.1.1 COBERTURAS ADICIONALES

Estas coberturas deberán ser obligatoriamente cotizadas de conformidad con el ANEXO 6. Las cuales serán adjudicadas de conformidad con el punto 4.4 CRITERIOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE CONTRATOS de las presentes bases.

1.1.1.1 Pago de Complementos y/o Colas de Siniestros

Los asegurados de nueva incorporación en la colectividad, que estaban asegurados en compañías aseguradoras diferentes, tienen derecho al pago de complementos hasta el monto de la suma asegurada remanente, con la que cuenten a la fecha de incorporación a la colectividad del Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando presenten finiquito emitido por la compañía de seguros con la que se aperturó el siniestro y no haya tenido periodo al descubierto.

1.1.1.2 Tratamientos Dentales

Para el caso de enfermedad por tratamientos dentales, alveolares o gingivales se cubrirán los gastos erogados hasta una suma asegurada de \$10,000.00, con aplicación de deducible obligatorio.

1.1.1.3 Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario:

Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertas hasta por una suma asegurada máxima de 70 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal), esta suma asegurada será independiente a la cobertura de parto, cesárea o aborto involuntario, por lo que una no exentará a la otra. Entendiéndose que se cubrirá lo siguiente: erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, placenta acreta, placenta increta, placenta preincreta, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina, várices vulvares o vaginales, embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclampsia, mola hidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembriónico, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

1.1.1.4 Padecimientos Congénitos

Así mismo se cubrirán los padecimientos congénitos del asegurado, cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento se manifiesten durante la vigencia de este contrato, siempre y cuando no se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que estos gastos tuvieron inicio en fecha anterior a la de ingreso a la colectividad.

1.1.1.5 Obesidad Mórbida

Se excluyen tratamientos sobre la anorexia, bulimia, dietéticos y de obesidad, así como sus complicaciones; *salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual estará cubierta.*

1.1.1.6 Edad

Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo hasta los 89 años de edad, *cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los 90 años de edad.*

1.1.1.7 Coaseguro

Eliminación del pago de coaseguro en todos los casos.

1.1.1.8 Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta, entre otros, se cubran a causa de un accidente.

Se excluyen tratamientos por alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como estado de enajenación mental, de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis y en general cualquier estudio o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico a excepción de aquellos derivados de un accidente.

1.1.1.9 Reinstalación Automática de Suma Asegurada.

Para el caso de accidentes, enfermedad y/o nuevos padecimientos en los que se agote la suma asegurada, ésta se reinstalará sucesivamente para continuar cubriendo el siniestro de que se trate, hasta la terminación de la vigencia de la presente póliza.

1.1.1.10 Mecanismo para la exención de depósito hospitalario.

La aseguradora deberá garantizar un convenio en el que los asegurados al momento de ingresar al hospital exenten el depósito del ingreso hasta las primeras 24 horas siguientes a su internamiento, tiempo en que la aseguradora, en caso de que el evento sea procedente entregue la carta de pago al hospital, o en el supuesto de que el evento no sea procedente con la aseguradora, el asegurado deberá realizar las acciones conducentes.

POBLACIÓN ASEGURADA
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA PERSONAL OPERATIVO DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
(SCJN, CJF y TEPJF)

POBLACIÓN S.C.J.N.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL OPERATIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.1)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGM

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HJO MENOR 25 AÑOS	HJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	1	2	828	0	0	0	831
20-24	F	30	14	188	0	0	0	232
25-29	F	105	51	0	64	0	0	220
30-34	F	144	107	0	10	0	0	261
35-39	F	152	148	0	4	0	0	304
40-44	F	166	118	0	1	0	0	285
45-49	F	93	97	0	0	2	0	192
50-54	F	97	59	0	0	10	0	166
55-59	F	87	32	0	1	16	0	136
60-64	F	42	14	0	0	22	1	79
65-69	F	13	7	0	0	17	5	42
70-74	F	5	1	0	0	8	3	17
75-79	F	2	1	0	0	14	2	19
80-84	F	0	0	0	0	8	0	8
85-89	F	1	0	0	0	0	0	1
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		938	651	1,016	80	97	11	2,793

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HUJO MENOR 25 AÑOS	HUJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	1	0	815	0	1	0	817
20-24	M	35	1	177	0	0	0	213
25-29	M	99	5	0	78	0	0	182
30-34	M	166	36	0	16	0	0	218
35-39	M	215	54	0	6	0	0	275
40-44	M	170	54	0	3	0	0	227
45-49	M	127	49	0	0	1	0	177
50-54	M	99	48	0	0	1	0	148
55-59	M	56	27	0	0	3	0	86
60-64	M	27	22	0	0	9	2	60
65-69	M	17	5	0	0	8	0	30
70-74	M	5	9	0	0	12	4	30
75-79	M	4	2	0	0	5	0	11
80-84	M	1	1	0	0	1	0	3
85-89	M	0	1	0	0	0	0	1
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		1,022	314	992	103	41	6	2,478
Total		1,960	965	2,008	183	138	17	5,271

POBLACIÓN C.J.F.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL OPERATIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.1)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGM

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	31	20	7,863	0	0	0	7,914
20-24	F	933	233	1,281	0	0	0	2,447
25-29	F	1,972	699	0	372	0	0	3,043
30-34	F	2,429	853	0	107	0	0	3,389
35-39	F	2,103	788	0	9	0	0	2,900
40-44	F	1,711	579	0	3	13	0	2,306
45-49	F	1,273	402	0	0	62	1	1,738
50-54	F	946	298	0	0	141	7	1,392
55-59	F	523	154	0	0	229	7	913
60-64	F	216	60	0	0	231	12	519
65-69	F	60	32	0	0	176	9	277
70-74	F	27	8	0	0	150	12	197
75-79	F	6	4	0	0	92	5	107
80-84	F	0	0	0	0	42	1	43
85-89	F	0	1	0	0	11	0	12
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		12,230	4,131	9,144	491	1,147	54	27,197

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	41	4	7,931	0	0	0	7,976
20-24	M	936	25	1,345	0	0	0	2,306
25-29	M	1,844	242	0	447	1	0	2,534
30-34	M	1,900	643	0	98	0	0	2,641
35-39	M	1,418	877	0	31	0	0	2,326
40-44	M	970	768	0	3	5	0	1,746
45-49	M	723	626	0	0	12	0	1,361
50-54	M	468	484	0	0	52	2	1,006
55-59	M	301	285	0	0	91	3	680
60-64	M	140	141	0	0	120	3	404
65-69	M	53	65	0	0	78	6	202
70-74	M	20	17	0	0	70	5	112
75-79	M	8	3	0	0	39	3	53
80-84	M	2	4	0	0	34	1	41
85-89	M	0	1	0	0	2	0	3
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		8,824	4,185	9,276	579	504	23	23,391
Total		21,054	8,316	18,420	1,070	1,651	77	50,588

POBLACIÓN TRIBUNAL ELECTORAL

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL OPERATIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.1)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGM

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HISO MENOR 25 AÑOS	HISO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	F	0	2	215	0	0	0	217
20-24	F	29	13	34	0	0	0	76
25-29	F	50	28	0	18	0	0	96
30-34	F	41	28	0	3	0	0	72
35-39	F	48	40	0	2	0	0	90
40-44	F	34	32	0	0	0	0	66
45-49	F	12	18	0	0	1	0	31
50-54	F	20	20	0	0	3	0	43
55-59	F	12	6	0	0	8	0	26
60-64	F	7	8	0	0	5	0	20
65-69	F	0	0	0	0	14	0	14
70-74	F	1	0	0	0	5	0	6
75-79	F	0	0	0	0	1	0	1
80-84	F	0	0	0	0	0	0	0
85-89	F	0	0	0	0	1	0	1
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		254	195	249	23	38	0	759

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	1	0	197	0	0	0	198
20-24	M	24	1	44	0	0	0	69
25-29	M	51	4	0	12	0	0	67
30-34	M	47	6	0	3	0	0	56
35-39	M	54	16	0	0	0	0	70
40-44	M	44	18	0	0	0	0	62
45-49	M	28	6	0	0	1	0	35
50-54	M	16	7	0	0	3	0	26
55-59	M	12	5	0	0	0	0	17
60-64	M	11	4	0	0	0	0	15
65-69	M	3	0	0	0	7	0	10
70-74	M	0	0	0	0	1	0	1
75-79	M	0	0	0	0	1	0	1
80-84	M	0	0	0	0	0	0	0
85-89	M	0	0	0	0	1	0	1
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		291	67	241	15	14	0	628
Total		545	262	490	38	52	0	1,387

SUBPARTIDA 1.2

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
MAYORES PARA MANDOS MEDIOS Y
SUPERIORES DEL PODER JUDICIAL
DE LA FEDERACIÓN**

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. Asegurado.

Es la persona física que formando parte de la colectividad asegurada mediante esta póliza, tendrá el carácter de Titular y en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza, así como las personas designadas por el Asegurado Titular que para efectos de la misma designa como su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier figura reconocida por la legislación civil) y/o hijos solteros menores de 25 años y/o Padres del Asegurado Titular y del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años que cumplan con los requisitos de aceptación y que éste determine proteger.

2. Accidente Cubierto.

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando se origine dentro del período de vigencia de la póliza, y que requiera atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen. No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen.

3. Enfermedad Cubierta.

Es toda alteración en la salud del Asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

4. Gasto Médico Mayor.

Son los gastos erogados por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza cuando estos rebasen el importe total del deducible estipulado en la carátula de la póliza, mediante reembolso, pago directo o pago mixto.

5. Enfermedad Congénita.

Es aquella que está desde el nacimiento y se desarrolla durante la concepción y formación del producto.

6. Emergencia Médica.

Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas.

El cual será cubierto mediante pago directo por "LA INSTITUCION" siempre y cuando se trate de Hospital y Médicos de Red, siempre y cuando derive en hospitalización y en caso contrario "LA INSTITUCION" hará pago de los gastos vía reembolso.

7. Padecimientos Preexistentes.

Es aquella alteración de salud:

- a) Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b) Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o
- c) Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o
- d) Por el cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

El criterio que se tomará para considerar los incisos a) y c) será la existencia de un dictamen médico, en el cual se consta que la enfermedad o el padecimiento tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada asegurado.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de "LA INSTITUCION", en acudir ante un arbitraje privado, previo acuerdo entre ambas partes en términos de la Circular S25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en cuyo caso el arbitro o árbitros serán médicos certificados por el consejo de la especialidad por la cual se realiza la reclamación.

"LA INSTITUCION" acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someta a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el arbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este

procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por "LA INSTITUCION".

8. Colas de Siniestros.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2011, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. Período de Espera.

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua, sin periodos al descubierto, para cada Asegurado, para que "LA INSTITUCION" pueda cubrir los padecimientos establecidos con periodo de espera.

Con la utilización de Médicos de la Red y Hospitales en convenio los padecimientos en los que se indique la posibilidad de la eliminación del periodo de espera por el uso de la Red Médica, gozarán del beneficio quedando cubiertos dichos padecimientos.

10. Reconocimiento de Antigüedad.

Es la permanencia ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores, que no haya tenido periodos al descubierto mayores a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento.

11. Suma Asegurada.

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene "LA INSTITUCION" por cada Asegurado a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto.

Dicho monto se determinará multiplicando el número de salarios indicado en el certificado individual de la póliza por el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal en la fecha que se efectuó el primer gasto de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad cubierta o accidente cubierto no rebasará la suma asegurada contratada.

La suma asegurada se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad llegase a disminuir o agotarse, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada.

12. Deducible.

Cantidad indicada en el certificado individual de la póliza a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a lo siguiente:

<i>Titular, cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e hijos</i>	2 SMGMVDF
<i>Ascendientes (Padres, suegros)</i>	3 SMGMVDF

13. Coaseguro.

Porcentaje especificado en el certificado individual de la póliza, a cargo del asegurado, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible.

Se pagará coaseguro de conformidad a los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. **RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.**

14. Honorarios Médicos.

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

15. Hospitalización.

Es la estancia continua en un hospital por un periodo mayor a 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

16. Cirugía de Corta Estancia.

Son aquellas cirugías que no requieren hospitalización, es decir, que el paciente ingrese y egrese en menos de 24 horas.

17. Hospital.

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos o accidentados.

18. Cuarto Privado Estándar.

Para efectos de esta póliza se refiere a un cuarto de hospital, con teléfono, televisión y baño privado y cama extra para un acompañante.

19. Red Médica.

Se integra por los Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios Clínicos y de gabinete que prestan servicios bajo convenio para "LA INSTITUCIÓN".

Los que son coordinados por "LA INSTITUCIÓN" para el otorgamiento de consultas médicas, atención quirúrgica, atención hospitalaria y de urgencias, así como de laboratorios y de farmacéutica.

20. Coordinación Médica.

Es el área dependiente de "LA INSTITUCION" para otorgar los siguientes servicios:

- Información al Asegurado y sus Dependientes referente al alcance de su póliza.
- Coordinar y dar seguimiento a la atención médica u hospitalaria de un evento y a la prestación de los demás servicios estipulados en esta póliza.

21. Pago Directo.

Sistema de pago mediante el cual "LA INSTITUCION" liquidará directamente al prestador de servicios los gastos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido por Médicos en convenio y en Hospitales de la Red Médica y que los servicios respectivos sean coordinados a través de "LA INSTITUCION".

También liquidará directamente los gastos a los Médicos que no perteneciendo a la citada red médica acepten mediante firma autógrafa en el formato respectivo, el pago de tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red y los servicios sean autorizados por "LA INSTITUCION".

22. Reembolso.

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien "LA INSTITUCION" no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando el deducible obligatorio y, en su caso, coaseguro, de conformidad como se en las condiciones generales que rigen esta póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

El monto máximo susceptible de reembolso de los Gastos Médicos Cubiertos por esta póliza no excederá la suma Asegurada contratada por el Asegurado.

23. Pago Mixto.

Sistema de pago mediante el cual "LA INSTITUCION" liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. Contratante.

Se constituyen como tal, las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación señaladas en la carátula de la presente póliza, que son responsables ante "LA INSTITUCION" del pago de las primas de las coberturas del seguro y como representante legal para efectos del contrato y endosos.

25. Endoso.

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones generales y/o cláusulas generales del contrato y forma parte de éste.

26. Período de Gracia.

Es el lapso de treinta días naturales, a partir del aviso de cobro y conciliación respectiva para liquidar las primas que correspondan.

27. Período al Descubierto.

Es el lapso en el cual la prima del seguro no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

28. Certificado.

Documento expedido por "LA INSTITUCION" en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre del Asegurado Titular, personas designadas por el Asegurado Titular y parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, forma de pago, suma asegurada básica y potenciación en caso de así solicitarlo el Asegurado Titular, prima a cargo del Asegurado Titular por el periodo de cobertura, deducible, coaseguro y principales coberturas.

29. Tarjeta de Identificación.

Tarjeta de cada Asegurado, expedida por "LA INSTITUCION" en la fecha de alta al seguro, con las siguientes características: Nombre del asegurado, vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro y datos de identificación de la póliza.

30. "LA INSTITUCION".

La aseguradora

31. Tabla de I.Q.

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCION" por pago de honorarios médicos quirúrgicos que se especifica en la carátula de la presente póliza de acuerdo con el sistema de pago escogido por el Asegurado. En esta tabla se determina el porcentaje máximo a pagar por cada padecimiento quirúrgico.

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

“LA INSTITUCION” protege a cada Asegurado durante la vigencia de este contrato y de acuerdo con las condiciones generales, cláusulas generales y endosos del mismo, si a consecuencia directa de una enfermedad cubierta o accidente cubierto el Asegurado incurriera en los gastos que se mencionan en la póliza.

“LA INSTITUCION” pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula y endosos de esta póliza, sin que exista un período máximo de cobertura, siempre y cuando el Asegurado permanezca en la colectividad Asegurada en cada renovación anual de la póliza y se siga efectuando en forma ininterrumpida, terminando la obligación de “LA INSTITUCION” con el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de suceder el siniestro.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2011, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos aquellos en los que incurra el Asegurado, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento, sujetos a lo establecido en la presente póliza y endosos que se agreguen a la misma.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la presente póliza son los siguientes:

1. Gastos de Hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.
2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital.
3. Medicamentos adquiridos para el asegurado dentro o fuera del Hospital, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la factura o nota de la farmacia con la receta. Dichos documentos deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de 39 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal) y de

acuerdo a los porcentajes establecidos en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (I.Q.), conforme al padecimiento y tratamiento en cada caso, este porcentaje es determinado por el área médica de "LA INSTITUCION"; aplicable en reembolso, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

En el caso de pago directo la compañía aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica, hasta el límite arriba señalado.

En el caso de reembolso la compañía aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica, hasta el límite arriba señalado.

4.1. Los honorarios por consultas o visitas médicas, máximo una diaria por especialidad.

4.2. Los honorarios de ayudantes, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano; es decir, se cubrirán los honorarios del 1er. ayudante con el 20% de lo pagado al cirujano y, mediante informe médicos de justifique en su caso el 2do. ayudante con el 10% y al instrumentista con el 5% de lo pagado al cirujano.

4.3. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El total de estos conceptos será lo máximo a pagar por "LA INSTITUCION".

5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de 90 turnos, cada turno de 8 horas, los cuales se podrán autorizar de forma discontinua y por lapsos interrumpidos con autorización médica.

6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.

7. Equipo de anestesia y material médico.

8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.

9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubierta.

10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.

11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, aparatos auditivos, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto el límite

máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es, hasta en su caso, la suma asegurada si el evento está cubierto.

12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del Médico tratante.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza y se ponga en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos, no se requerirá de la indicación del médico tratante.

En caso de emergencia médica, se cubrirá el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre independientemente de si el evento está cubierto o no, señalando que en caso de que el evento no esté cubierto por "LA INSTITUCION" se pagará una única vez, dentro de la vigencia de la póliza, el reembolso de ambulancia terrestre.

El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes:

Traslado de aeropuerto a aeropuerto cuando el asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesaria por no poder ser atendido en el lugar que ocurrió éste.

El tipo de ambulancia que se enviará, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, es decir, se proporcionará ambulancia de terapia intensiva, de terapia intermedia o estándar con Médico especialista a bordo o con Médico general, según se requiera.

13. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad cubierta o accidente cubierto.

14. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de un trasplante de corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, páncreas, riñón y médula ósea. Únicamente se cubrirán los gastos médicos originados por las intervenciones quirúrgicas que se practiquen al asegurado receptor, siempre y cuando dicho tratamiento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en esta póliza.

16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten los estudios correspondientes donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente hasta el límite de la suma asegurada.

17. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente póliza siempre y cuando sea por prescripción médica.

El límite de responsabilidad es hasta la suma asegurada si el evento está cubierto.

18. Se cubren los Padecimientos Preexistentes, según se definen en la póliza, siempre y cuando en un periodo de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento o vigilancia médica y/o que dicho padecimiento no haya sido cubierto por otra Institución, o sea considerado como un complemento o cola de siniestro.

19. Los gastos en que incurra el Asegurado, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo, no limitativo. La cobertura será hasta el monto total de la suma asegurada contratada.

Tauromaquia, automovilismo, motociclismo terrestre o acuático, ciclismo, esquí en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yate, etc.) buceo, equitación, charrería, polo, hockey, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, deportes aéreos y similares, velideltismo, boxeo, lucha libre o grecorromana, karate, artes marciales, etc.

20. Tratamientos médicos quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, únicamente adquiridos a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto dentro de la vigencia de la póliza.

21. Quedan cubiertos los procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos de apendicectomía que se manifiesten durante la vigencia de la póliza. El límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es hasta la suma asegurada.

22. Legrados uterinos con excepción de los que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la asegurada directamente. Los gastos quedan cubiertos hasta un máximo de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

23. Gastos propios del recién nacido sano, así como su atención pediátrica en condiciones normales hasta lograr su incorporación al seno familiar. Ampara los gastos originados sin aplicación de deducible y coaseguro establecidos en la póliza, siempre y cuando el pediatra o neonatólogo que lo atendió se encuentre en convenio así como el hospital pertenezca a la red médica de la aseguradora. La responsabilidad de "LA INSTITUCION" es de hasta 3 SMGMVDF, cantidad sobre la cual se aplicará el deducible de 1 SMGMVDF y coaseguro del 10%, en caso de no utilizarse médicos y hospital en convenio, para el pago de esta cobertura se deberá tramitar el alta de los recién nacidos dentro de los noventa días siguientes a su nacimiento, quedando cubierto a partir de la fecha de nacimiento, en caso

contrario iniciará su vigencia con la fecha de solicitud a "LA INSTITUCION" sin estar en posibilidad de solicitar el reembolso de esta cobertura.

Se entiende como incorporación al seno familiar en el momento en que abandone un hospital después del nacimiento y que el recién nacido se encuentre en condiciones normales y estables. El pago de esta cobertura será por reembolso.

24. Gastos originados por la operación cesárea, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica, los gastos de hospitalización, medicamentos intrahospitalarios y postoperatorios siempre y cuando, éstos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

Como operación cesárea, se considerará aquella que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño (a) o de la madre.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la Asegurada Titular ó Cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular, por lo que no quedarán protegidas las Hijas ni la Madre del Asegurado o Asegurada Titular, ni la Madre del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijas solteras mayores de 25 años.

Los gastos originados por la operación cesárea quedarán cubiertos para la Asegurada Titular. Tratándose de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la presente póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho ó dentro de los 90 días naturales siguientes a su designación o incorporación al servicio activo como servidor público.

En caso de que el alta de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se realice después del periodo antes mencionado (90 días naturales) el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el alta de su cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo en los periodos establecidos durante la vigencia para la realización de dichos trámites y operará la cobertura de cesárea, únicamente si el inicio de la gestación ocurre en fecha posterior al alta.

25. Parto o aborto involuntario bajo los términos siguientes:

a) Gastos correspondientes a hospitalización, honorarios médicos y anestésista, medicamentos intrahospitalarios y postparto siempre y cuando, éstos últimos,

sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente.

b) Gastos derivados de la atención de las siguientes complicaciones del parto: erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, polihidramnios y oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina o varices vulvares o vaginales.

c) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio para cada Asegurada:

1. Embarazo Extrauterino

2. Toxicosis Gravídica, Eclampsia y Preclampsia

3. Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)

4. Fiebre Puerperal

5. Otras complicaciones, como el embarazo anembriónico, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

Sólo se cubrirá a la Asegurada Titular o a la Cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular cuya edad sea desde los 15 años y hasta los 45 años.

Tratándose de la Cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la presente póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho ó dentro de los 90 días naturales siguientes a su designación o incorporación al servicio activo como servidor público.

En caso de que el alta de la cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se realice después del periodo antes mencionado (90 días naturales) el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el alta de su cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo en los periodos establecidos durante la vigencia para la realización de dichos trámites y operará la cobertura de parto o aborto, únicamente si el inicio de la gestación ocurre en fecha posterior al alta.

Los honorarios médicos/quirúrgicos así como los gastos hospitalarios se cubrirán hasta una suma asegurada máxima de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

Quedan amparados bajo esta póliza cualquier tratamiento médico o quirúrgico en el caso de aborto involuntario, siempre que esté cubierto en las condiciones de la póliza.

26. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos del hijo nacido dentro de la vigencia de esta póliza, siempre y cuando se haya notificado a

“LA INSTITUCION” sobre el nacimiento, dentro de los 90 días naturales siguientes a su acontecimiento.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros quedarán cubiertos, excepto aquellos que sean a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido.

27. Se cubrirán gastos por estudios realizados a posibles donadores tratándose de histocompatibilidad indispensable en los casos de trasplantes de córnea, corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, riñón y médula ósea; con un máximo de 5 estudios por enfermedad.

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

28. Tratamiento médico y quirúrgico derivado del trasplante de cornea cubriendo los gastos médicos de rehabilitación, en el entendido que la rehabilitación será la que determine su médico tratante. Se sujeta al deducible y coaseguro del 10% o el establecido en la Cláusula 22. Restricción de Hospitales, según corresponda.

Esta cobertura se otorga al Asegurado Titular, siempre y cuando tenga un año de antigüedad laboral en el Poder Judicial de la Federación y un año de vigencia continua dentro de la colectividad asegurada.

Para el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres del Asegurado Titular y padres del cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, la presente cobertura se otorgará siempre y cuando cuenten con un año de vigencia continua dentro de la colectividad del Poder Judicial de la Federación.

29. Tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia, y similares, siempre y cuando el número de dioptrías sea igual o mayor a 3 dioptrías por padecimiento y por cada ojo. Se otorga por única vez durante la vigencia de la póliza, independientemente si el gasto fue en uno o en ambos ojos.

Esta cobertura se otorga al Asegurado Titular hasta la suma asegurada de \$15,000.00 siempre y cuando el Asegurado tenga un año de antigüedad laboral en el Poder Judicial de la Federación y un año de vigencia continua dentro de la colectividad asegurada.

Para el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres del Asegurado Titular y del cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, la presente cobertura se otorgará con una suma asegurada de hasta \$15,000.00 siempre y cuando cuenten con un año de vigencia continua dentro de la colectividad del Poder Judicial de la Federación.

El asegurado deberá presentar la cotización del Hospital y el Médico para el evento junto con la programación de cirugía. En el caso de que existan remanentes se ajustarán por reembolso.

30. Tratamientos médicos o quirúrgicos, de: amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas incluyendo lentes intraoculares y/o anillos intracorneales y la colocación de los mismos y desprendimiento de retina cualquiera que sea su causa, litiasis renal y en vías urinarias, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua se eliminará el periodo de espera y quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad referida, se ajuste a los tabuladores que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera previa autorización de "LA INSTITUCION".

31. Tratamientos médicos o quirúrgicos, de: nariz y senos paranasales, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada los cuales deberán ser justificados con estudios de laboratorio y gabinete, y aplicará coaseguro del 10% o el establecido en la Cláusula 22. Restricción de Hospitales, según sea el caso.

En caso de que la atención médica del padecimiento sea a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, se elimina el periodo de espera y la aplicación del coaseguro.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

32. Circuncisión, se cubrirá una vez transcurrido el segundo año de antigüedad continua de la póliza para cada Asegurado dentro de las pólizas contratadas con el Poder Judicial de la Federación.

33. A partir del cuarto año de antigüedad continua de la póliza para cada asegurado dentro de las pólizas contratadas por el Poder Judicial de la Federación, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o

quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él.

D. SERVICIOS AGREGADOS.

34. Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de antigüedad, el inicio de vigencia de la primera expedición de una póliza de Gastos Médicos Mayores de una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura, y en su caso, el periodo descubierto, no sea mayor a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento, se reconocerá la antigüedad que el asegurado haya tenido con otra Aseguradora, siempre y cuando no exista un periodo en descubierto (sin cobertura) mayor a 30 días naturales, excepto para padecimientos que estén condicionados a antigüedad en el Poder Judicial de la Federación, los cuales deberán cumplir con la permanencia continua en la póliza.

No se dará continuidad ni se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la presente póliza con "LA INSTITUCION" o del correspondiente certificado individual.

Si la documentación con la cual se respalda el periodo cubierto en otra Aseguradora, no se presenta al ingresar a la colectividad asegurada por la presente póliza, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de "LA INSTITUCION".

35. Para aquellos servidores públicos que hayan sido objeto de una promoción o cambio de nivel jerárquico y que en ese momento se encuentren haciendo uso de la cobertura derivado de un padecimiento o tratamiento médico cubierto por la póliza, el monto de la suma asegurada básica al inicio del padecimiento, se incrementará lo correspondiente al nivel inmediato superior del puesto en que se encontraba, esto, siempre y cuando a la fecha de cambio del nivel jerárquico no haya hecho uso del 70% o más de la suma asegurada.

36. Los gastos médicos erogados por el Asegurado fuera de la República Mexicana estarán sujetos al pago de deducible y coaseguro, según sea el caso.

Para reclamaciones en el extranjero, operará una protección sujeta a las mismas definiciones, condiciones generales y cláusulas generales especificadas en los supuestos contratados en la Cobertura Básica en la República Mexicana, con aplicación del deducible y coaseguro del 20% correspondiente. La suma asegurada que se considera para la cobertura en el extranjero es la que tenga el asegurado al momento del primer gasto. En caso de accidente se elimina el coaseguro.

En su caso "LA INSTITUCION" pagará la reclamación en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio estipulado por el Banco de México en el Diario Oficial para esa moneda, considerando como fecha aquella en que se hayan erogado los gastos.

E. EXCLUSIONES.

El contrato contenido en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección e intervención expresamente excluido por enfermedad en esta póliza.

GASTOS DE ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie o cirugías por cambio de sexo.
4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.
5. Gastos por gestión administrativa en hospitales.
6. Tratamientos dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
7. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud, o check-up.
8. Anteojos o lentes de contacto, así como lentes externos.
9. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos.
10. Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como estado de enajenación mental, de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis y en general cualquier estudio o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes o consecuencias.
11. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.
12. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación.
13. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe nacional.

-
14. Enfermedades y accidentes que sufra el Asegurado bajo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad.
 15. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 16. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado.
 17. Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
 18. Práctica profesional de cualquier deporte.
 19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
 20. Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.
 21. Control, vigilancia y atención prenatal.
 22. Estudios realizados a posibles donadores, salvo los amparados en el numeral 27 del Apartado B, de las Condiciones Generales.
 23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.
 24. Honorarios de ayudantes en el parto o aborto involuntario.
 25. Complementos vitamínicos.

CLÁUSULAS GENERALES

1. CONTRATO.

Esta póliza, la colectividad, la solicitud de inclusión y/o bajas de personal asegurado, los certificados individuales, el registro de Asegurados y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y "LA INSTITUCION", bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de esta póliza.

2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Se entenderá que la colectividad asegurable está constituida por todas las personas que pertenezcan a la que representa el Contratante, así como el Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos dependientes económicos y/o Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos solteros mayores de 25 años de edad.

La colectividad asegurada la integran los miembros de la colectividad asegurable que aparezcan inscritos en el registro de asegurados anexo a esta póliza, así como el Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos dependientes económicos menores de 25 años de edad y/o Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e Hijos solteros mayores de 25 años de edad.

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las condiciones generales y las cláusulas generales de la presente póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y "LA INSTITUCION". En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por "LA INSTITUCION", carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. NOTIFICACIONES.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a "LA INSTITUCION" por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que "LA INSTITUCION" haga al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al último domicilio legal de que tenga conocimiento.

6. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, 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 INSTITUCION" 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 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 sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o Asegurado o de "LA INSTITUCION", se efectuarán en moneda nacional.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo a las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio, para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

8. MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA. (POTENCIACION).

Mientras esté en vigor la presente póliza, "LA INSTITUCION" incluirá bajo la protección de la misma con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a "LA INSTITUCION", indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la presente póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada.

Únicamente se podrá solicitar el alta de nuevos dependientes económicos que actualmente no estén asegurados en la póliza, la baja de algún asegurado y/o la

potenciación de suma asegurada del 31 de diciembre de 2011 al 15 de febrero de 2012 o del 2 de abril de 2012 al 16 de abril de 2012; después de este plazo no podrán solicitar trámites de aseguramiento o cancelación por estos conceptos. Mismo periodo aplica para 2013 y 2014.

Para efectos de la aplicación de la cobranza (quincena 03/2012), los servidores públicos contarán con el periodo del 03 al 20 de enero de 2012, en caso de que para la nueva vigencia no deseen la renovación de sus dependientes económicos (hijos mayores de 25 años, padres, suegros) o quieran cancelar o modificar la potenciación de suma asegurada en el Seguro de Gastos Médicos Mayores, a fin de evitar descuentos en nómina por estos conceptos. Mismo periodo aplica para 2013 y 2014.

Después del periodo específico avisado por su área de Recursos Humanos de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación del 31 de diciembre de 2011 hasta el 15 de febrero de 2012, durante la vigencia de la póliza y después de los 45 días posteriores a la entrega de las pólizas a los servidores públicos, no se podrá solicitar la baja o cancelación en el seguro de ningún dependiente económico (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos menores de 25 años, hijos mayores de 25 años, padres y/o suegros), ni se podrá solicitar la disminución o cancelación de la potenciación de suma asegurada. Mismo periodo aplica para 2013 y 2014.

Las únicas excepciones al punto anterior serán los casos en que se cumplan los siguientes supuestos:

Los servidores públicos de nuevo ingreso al Poder Judicial de la Federación, contarán con 90 días naturales a partir de la fecha de ingreso para asegurarse como titulares de la póliza. Si la notificación se hace con posterioridad a los 90 días enunciados, el alta del servidor público quedará registrada a la fecha de la solicitud a "LA INSTITUCION".

Los servidores públicos de nuevo ingreso al Poder Judicial de la Federación, contarán con 90 días naturales a partir de la fecha de ingreso para asegurar a su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e hijos menores de 25 años con lo que se reconocerá el alta a partir de la fecha de ingreso del servidor público. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

Por otra parte, los servidores públicos de nuevo ingreso podrán solicitar la potenciación de suma asegurada, alta de hijos mayores de 25 años, padres y/o suegros sólo dentro de los 45 días naturales posteriores a la fecha de ingreso, haciendo efectivo dicho movimiento a la fecha de la solicitud (dentro de estos 45 días) del interesado ante la aseguradora. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

Todo movimiento de altas, bajas de asegurados e incrementos de suma asegurada (potenciación) se realizarán por conducto de las instancias del Poder Judicial de la Federación correspondiente a la Aseguradora.

Quedan exceptuados de la restricción, los aseguramientos de nuevos hijos nacidos durante la vigencia de la póliza, adoptados o las personas respecto de las cuales se ejerza la patria potestad, presentando para ello el documento oficial que lo acredite, por lo que el titular deberá solicitar a la aseguradora la incorporación de su hijo dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento u ocurrencia del hecho. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

Si el asegurado titular contrae matrimonio durante la vigencia, el cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo podrá pertenecer a la colectividad asegurada desde la fecha de su matrimonio civil o cualquier otra figura legalmente reconocida por la legislación civil como el concubinato, siempre y cuando el titular solicite a la aseguradora la incorporación de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del matrimonio. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

El asegurado Titular podrá solicitar la baja de su cónyuge en caso de Divorcio, cuyos efectos procederán a partir de la fecha del mismo, siempre y cuando lo solicite dentro de siguientes 90 días naturales. Después de este periodo, no podrá solicitar su baja sino hasta el inicio del siguiente periodo en el que pueda realizar altas, bajas o cambio de suma asegurada.

Podrán incorporarse a otra póliza de una de las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación los servidores públicos que causen baja de una póliza del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral) en la que hubieran sido titulares o dependientes, en razón del término de nombramiento, renuncia, suspensión o cese, sin importar el parentesco con el que nuevamente se aseguren, siempre y cuando esté autorizado (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres o suegros). Este beneficio procederá también para sus dependientes que hubieren estado asegurados a la fecha de baja, siempre y cuando se solicite dentro de los 30 días naturales posteriores a la baja. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

Los servidores públicos que soliciten de manera simultánea la baja de un cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo asegurado por otro cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo nuevo en la póliza. Deberán solicitar la baja y el alta de forma simultánea, de lo contrario ya no se podrá solicitar el aseguramiento nuevo ni la baja hasta la siguiente vigencia.

En caso de que se presente el fallecimiento de algún dependiente económico protegido en esta cobertura, el movimiento de baja será operado a la fecha del suceso, siempre y cuando éste ocurra durante la vigencia de la póliza, en caso contrario, la baja se considerará a la fecha de inicio de la cobertura, esto es, 31 de diciembre del año en que corresponde.

Si el asegurado Titular determina potenciar su suma asegurada y/o asegurar a sus ascendientes, los términos y condiciones serán iguales a la cobertura del Titular, aclarando que la suma asegurada potenciada no se tomará retroactiva a la fecha de inicio de su primer póliza y/o a su fecha de alta en el seguro.

La fecha de inicio de potenciación, así como del aseguramiento de dependientes económicos (cónyuge, hijos, padres del titular y del cónyuge) será a partir de la fecha de recepción del formato correspondiente, en las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de cada instancia administrativa del Poder Judicial de la Federación dentro de los periodos establecidos para este tipo de movimientos.

Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a comunicarlo por escrito a "LA INSTITUCION", entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Las personas, podrán continuar aseguradas a partir de la fecha de baja y hasta el término de ese año fiscal, con las mismas condiciones y beneficios contratados en la presente póliza, a petición expresa de los interesados, con la responsabilidad de pagar la prima correspondiente a cargo del Asegurado Titular y/o sus beneficiarios en una sola exhibición directamente en las oficinas de "LA INSTITUCION", el pago debe realizarse dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de baja, una vez transcurrido dicho año fiscal, no podrán solicitar continuar asegurados en la colectividad.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, "LA INSTITUCION" devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado, en caso de que se realice el pago anual de las primas correspondientes.

En caso de baja del Asegurado Titular de la póliza igualmente causarán baja de la misma automáticamente tanto su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo como también, en su caso, sus Hijos dependientes económicos o sus Padres tanto del Asegurado Titular como de su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo.

En caso del fallecimiento del Asegurado Titular durante la vigencia de la póliza, tanto su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o sus Hijos dependientes económicos menores de 25 años que le sobrevivan, podrán continuar asegurados por la Suma Asegurada Básica, hasta el término del año

fiscal, sin costo en la prima, una vez transcurrido dicho año fiscal, no podrán continuar asegurados en la colectividad.

La suma asegurada potenciada, que en su caso, tuvieran contratada, podrá conservarse siempre y cuando ésta se solicite y se cubra la prima correspondiente en una sola exhibición (en el supuesto de haber solicitado pago vía descuento por nómina) a "LA INSTITUCION" dentro de los 30 días posteriores al fallecimiento del titular, debiéndose efectuar el pago mediante depósito bancario referenciado.

Asimismo "LA INSTITUCION" dará la cotización del importe de primas correspondientes únicamente al incremento de suma asegurada o hijos mayores de 25 años de edad y/o ascendientes que no han sido pagadas aún por el funcionario fallecido, en un plazo no mayor a 5 días hábiles de haber recibido la solicitud expresa.

Para acceder a este beneficio, será indispensable que la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación, a la cual se encontraba adscrito el asegurado titular fallecido, lo solicite mediante oficio a "LA INSTITUCION".

9. OBLIGACIONES "EL CONTRATANTE" RESPECTO A MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS.

I. Contratante.

a) Dar de alta en el seguro de acuerdo a los tiempos señalados en la cláusula general 8° a todas aquellas personas que, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de iniciación de esta cobertura reúnan dichos requisitos.

b) Dar aviso a "LA INSTITUCION", de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

c) Comunicar a "LA INSTITUCION" las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada, así como las continuidades de todos los Servidores Públicos del Poder Judicial de la Federación al término de vigencia en los casos en que el Asegurado lo solicite.

d) Generar la cobranza para el pago de las primas adicionales a cargo del servidor público que se descuentan vía nómina, de conformidad con el calendario establecido por la Instancia Administrativa y le entregará a "LA INSTITUCION" para su conciliación y aplicación.

II. De "LA INSTITUCIÓN"

a) Envío de reportes de siniestralidad separada por póliza y vigencia, dentro de los primeros quince días siguientes al término de cada mes, conciliando estas cifras con las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia

Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, de la siguiente manera:

- A la semana posterior al envío, cada Instancia evaluará los reportes y remitirá a la Aseguradora sus observaciones.

- “LA INSTITUCION”, una vez que reciba los comentarios, en la siguiente semana devolverá los reportes con la respuesta a las correcciones u observaciones que al caso procedan.

b) Generar y presentar a cobro los recibos correspondientes a la prima básica a cargo de cada Instancia Administrativa que corresponda y de conformidad al tipo de pago contratado, emitiendo recibo en el que se incluyan todos los movimientos solicitados y de conformidad con las características requeridas por la Instancia Administrativa.

c) Revisar y conciliar con la Instancia Administrativa la aplicación de la cobranza que le fue entregada por el pago de las primas adicionales a cargo del servidor público que se descuentan vía nómina, de conformidad al calendario establecido por cada Instancia Administrativa y con las características de ésta.

d) Realizar conciliaciones de cobranzas mensuales, semestrales y anuales de la población asegurada dentro de los 15 días naturales al cierre de cada mes y de conformidad con las características requeridas por cada Instancia, a efecto de verificar la correcta aplicación del pago de primas básicas y adicionales y/o a cargo de los servidores públicos, y en su caso “LA INSTITUCION” deberá efectuar la devolución de pagos de primas en exceso.

e) Verificar que los servidores públicos y sus dependientes económicos se encuentren asegurados en una sola póliza; para lo cual deberá privilegiar la titularidad de los servidores públicos y para los dependientes se considerará únicamente la póliza de mayor suma asegurada, en caso contrario serán cancelada(s) la(s) demás, lo anterior previa autorización de cada Instancia, presentando un reporte mensual de dicha situación a cada Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación.

Asimismo se obliga a verificar las duplicidades de asegurados que existan entre los servidores públicos adscritos a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, presentando un reporte mensual de dicha situación a cada Instancia Administrativa.

f) Entregar en forma trimestral vía magnética e impresa en hojas membretadas de “LA INSTITUCION” o en formato preimpreso el directorio de hospitales y médicos en convenio, así como los laboratorios, gabinetes y farmacias actualizado a la fecha de entrega.

10. EDAD.

Para efecto de este contrato las edades límites de aceptación y renovación son:

- a) Asegurados Titulares y Cónyuges, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo sin límite.
- b) Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo hasta los 85 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los 86 años de edad.
- c) Hijos del Asegurado Titular, desde el nacimiento hasta los 24 años de edad, sin costo para el Asegurado Titular. Se mantendrán asegurados automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los 25 años de edad, así como para el resto de las vigencias, hasta en tanto el Asegurado Titular solicite de manera expresa mediante el llenado del formato la baja correspondiente, iniciando la aplicación del descuento vía nómina por este concepto, con cargo al servidor público titular, al aniversario siguiente de la póliza en que el Asegurado cumpla los 25 años de edad.
- d) Hijos solteros mayores de 25 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el asegurado contraiga matrimonio.

Para comprobar la edad del Asegurado "LA INSTITUCION" podrá solicitar en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que "LA INSTITUCION" tenga la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si la edad de algún Asegurado estuviese fuera de los límites fijados para este contrato, quedará nulo el certificado individual que lo ampara. "LA INSTITUCION" reintegrará el 100% de la prima de ese asegurado, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la presente póliza. Esta acción se podrá llevar a cabo a partir del momento en que "LA INSTITUCION" tenga conocimiento del hecho.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, "LA INSTITUCION" estará obligada a reembolsar el 100% de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese Asegurado y el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad real.

Si se hubiese pagado una prima inferior que la que correspondía a la edad real o nivel de algún Asegurado, "LA INSTITUCION" sólo estará obligada a cubrir el equivalente de la suma asegurada en la proporción existente entre la prima

estipulada y la prima de tarifa para su edad real o nivel, en la fecha de celebración del contrato.

11. RESIDENCIA.

Para efecto de este contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

12. PRIMAS.

La prima de los Asegurados titulares se determinará en función de la suma asegurada de cada uno, y queda a cargo del contratante el pago en la forma convenida.

El pago de la prima de seguro básica del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y de los Hijos menores de 25 años de edad quedarán a cargo del Contratante; el pago de la prima de seguro por los Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años y potenciación quedará a cargo del Titular, quien lo efectuará en forma anual o mediante cargo a su salario a través de su descuento quincenal sistema de nómina del Contratante.

La prima de la suma asegurada adicional de los Asegurados Titulares y, en su caso, la de su Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros menores de 25 años de edad y/o padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años de edad y potenciación, contratadas por el Asegurado Titular de manera voluntaria, se determinará de acuerdo al monto de suma asegurada elegida por este, quien efectuará su pago en forma anual o mediante cargo a su salario a través de descuento por el sistema de nómina del Contratante. La suma asegurada básica del titular o, en su caso, la suma asegurada potenciada que contrate, será la misma para el titular y para su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o hijos solteros menores de 25 años de edad y/o padres del Asegurado Titular y/o padres del Cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo y/o Hijos solteros mayores de 25 años de edad.

“LA INSTITUCION” está obligada a presentar a cobro las primas y dar aviso de su vencimiento en el domicilio legal del contratante, a más tardar en un plazo no mayor a 30 días naturales.

El pago de la prima deberá efectuarse en las oficinas de cada Instancia Administrativa y/o a través del sistema de nómina, para el caso del descuento quincenal a cargo de Asegurados Titulares.

“LA INSTITUCION” se compromete a que la base de datos inicial que le entregue la parte asegurada y que comprenderá la población general de asegurados, deberá mantenerse actualizada durante la vigencia de la póliza, incluyendo las

altas, bajas y/o modificaciones correspondientes a la vigencia contratada, mismas que servirán de base para la expedición de certificados y credenciales.

13. PERIODO DE GRACIA.

Se gozará de un lapso de treinta días naturales a partir del aviso del cobro y conciliación respectiva para liquidar el total de la prima pactada.

14. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACION.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta, el asegurado liquidará el deducible obligatorio y, en su caso, el coaseguro correspondiente.

PAGO DE RECLAMACIONES.

“LA INSTITUCION” sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en Hospitales debidamente autorizados.

“LA INSTITUCION” se compromete a que en el término de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza establecerá convenios con hospitales en aquellos lugares en donde no se tiene, siempre y cuando el o los proveedores contactados para dichos convenios acepten establecerlos. Mientras tanto durante el periodo de su establecimiento, la cobertura se amparará de la siguiente forma:

Si dentro de esos 30 días un asegurado llegase a requerir de los servicios Médicos de una Institución Hospitalaria en los términos amparados por la póliza que no se encuentre en convenio con la Red Médica con “LA INSTITUCION”, esta compañía se compromete a coordinar el pago directo de las erogaciones que se generen a cargo del asegurado, siempre y cuando el Hospital y/o Médicos acepten sus políticas de pago directo. Para tales efectos “LA INSTITUCION” se comunicará y establecerá con la Institución Hospitalaria que atienda al Asegurado, el pago de estos gastos, en un plazo no mayor de 24 horas hábiles contadas a partir del momento en que el asegurado haga la notificación correspondiente a la Coordinación de la Red Médica Nacional de “LA INSTITUCION” y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada “LA INSTITUCION” con otras Instituciones y/o Médicos. En caso contrario la reclamación será canalizada bajo el esquema de reembolso establecido en la póliza.

No se hará por parte de “LA INSTITUCION” pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencias o asistencias sociales donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

Las reclamaciones tramitadas en el Distrito Federal y su Área Metropolitana, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que "LA INSTITUCION" o persona autorizada por la Institución reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización. Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realice en el Interior de la República, el plazo máximo no excederá de doce días naturales.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCION" pagará una penalización de \$100.00 (cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso.

Transcurrido el lapso de un año "LA INSTITUCIÓN" podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico para el pago de reembolsos complementarios por parte de "LA INSTITUCIÓN".

En el caso de las terapias de rehabilitación transcurrido el primer ciclo de terapias prescritas por el médico tratante, "LA INSTITUCIÓN" podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico en el que indique el estado actual del asegurado.

15. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los Sistemas de Pago previstos son:

a) PAGO DIRECTO.

El Sistema de Pago Directo considerado en esta póliza opera, además de los términos estipulados en las DEFINICIONES de la misma, en los casos que se indican a continuación, siempre que el asegurado requiera de atención médica o ingreso a un Hospital y obtenga los servicios de Médicos y Hospitales de la Red Médica o el Médico tratante acepte el pago de acuerdo con el tabulador de médicos en convenio con "LA INSTITUCION", cuyo deducible obligatorio referido en la cláusula 14 anterior deberá ser cubierto por el asegurado directamente en el hospital en el momento del alta del asegurado.

En caso de que el médico tratante no acepte el pago de acuerdo con el tabulador de médicos en convenio y el hospital pertenezca a la red médica, se aplicará el coaseguro, en su caso, de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, en el reembolso de honorarios médicos que solicite el asegurado de acuerdo a las condiciones generales de esta póliza.

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

Trámite.- La programación de cirugías deberá llevarse a cabo con cinco días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en que "LA INSTITUCION" valorará la intervención y/o tratamiento y otorgará por escrito al

Asegurado la autorización correspondiente que debe de entregar en el área de admisión del Hospital y al Médico tratante.

En el caso de que se trate de un Médico que no pertenezca a la Red Médica pero que haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico, deberá expresarlo y avalar con su firma autógrafa en la solicitud de cirugía programada.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite.- El servicio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital bajo convenio, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación del seguro y/o certificado individual y su estancia sea mayor a 24 horas.

El servicio también operará en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante tenga convenio en "LA INSTITUCION" o aún no perteneciendo a la misma haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o del Médico Tratante, "LA INSTITUCION" por conducto de un Médico supervisor, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte de "LA INSTITUCION", en un plazo no mayor de 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a la Aseguradora.

"LA INSTITUCION" podrá nombrar un Médico para verificar en el Hospital en que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

En cualquiera de los dos procedimientos anteriores, cuando el médico tratante no pertenezca a la Red, será responsabilidad del Asegurado requisitar la firma de conformidad del Médico, en el formato de aceptación del monto de los honorarios que "LA INSTITUCION" cubrirá de acuerdo al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento Médico. El formato deberá requisitarse para cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales "LA INSTITUCION" deberá cubrir sus honorarios.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad y que simultáneamente utilicen Hospitales y Médicos de la Red Médica o Médicos que no siendo de convenio acepten los tabuladores, el Asegurado pagará coaseguro de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a sus honorarios, salvo la obligación en su caso del deducible y los gastos no cubiertos de acuerdo a las Condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su egreso del hospital.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

b) REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos mediante reembolso "LA INSTITUCIÓN" le indemnizará aplicando en su caso el deducible correspondiente dentro de los términos y condiciones contratados con la Institución y a la aplicación del coaseguro será de conformidad con los supuestos contratado y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Cuando el Asegurado haya cubierto los gastos procedentes por atención médica u hospitalarias conforme a las coberturas amparadas en la póliza, solicitará en el módulo que para tales fines establezca "LA INSTITUCION" o a través de las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, el pago de la indemnización que corresponda acompañando la documentación respectiva en caso de que la documentación sea incompleta "LA INSTITUCION" deberá informar en el centro de trabajo del Asegurado en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que la requirite.

"LA INSTITUCION" cubrirá los gastos reclamados que así procedan, por padecimientos y/o accidentes cubiertos para el área metropolitana dentro de los siguientes doce días naturales contados a partir de la fecha en que se hubiere recibido la reclamación debidamente requisitada por el Asegurado en el módulo antes mencionado o en las oficinas de "LA INSTITUCION" o en las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, o dentro de los veinte días naturales siguientes, en el caso de reclamaciones recibidas en dicho módulo del interior de la República.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCION" pagará una penalización de \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA INSTITUCION" la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. Formato de aviso de accidente o enfermedad debidamente requisitado y firmado.
2. Formato Informe Médico debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
3. Facturas y/o notas originales que satisfagan los requisitos fiscales de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas o notas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de la receta médica correspondiente o copia fotostática de esta cuando se trate de medicamentos controlados, especificando cada uno de los medicamentos comprados, señalando que la prescripción médica deberá actualizarse por lo menos cada 6 meses.
5. Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.

En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento o este no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
7. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

El mecanismo y/o procedimiento de pago de suma asegurada en caso de fallecimiento del asegurado titular, encontrándose éste en proceso de atención médica para el caso de reembolso o durante el trámite de reclamación que se aplicará es: los cheques resultantes de los trámites de reembolso de un asegurado titular que haya fallecido se pagarán a su cónyuge, concubina, concubinario; o pareja del mismo sexo en primera instancia, en segunda a sus hijos mayores de edad asegurados en su póliza y al no contar con nadie asegurado a los designados mediante testamento o juicio de lo familiar.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación inicial se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente.

En el caso de que no se haya realizado simultáneamente la atención médica en Hospitales y Médicos de la Red Médica, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente

cubierto por la póliza, y que se soliciten por el sistema de reembolso, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES. El deducible y coaseguro contratados se especifican en la carátula y/o certificado individual y/o tarjeta de identificación expedida por "LA INSTITUCION".

Accidente.- Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto, y la atención médica se realice dentro de los primeros noventa días naturales de ocurrido el mismo se considerará accidente, pasada esta fecha si el padecimiento está cubierto por la póliza se considerará enfermedad aplicando los términos estipulados en la misma. Los accidentes serán cubiertos hasta la suma asegurada contratada, el deducible y coaseguro será aplicado de acuerdo a los supuestos contratados y el coaseguro, en su caso, podrá eliminarse de conformidad con los supuestos de las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza salvo lo pactado en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Cuantía del reembolso.- La cantidad que "LA INSTITUCION" pagará al Asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza.
2. A la cantidad resultante se descontará en su caso primero el deducible y después en su caso la cantidad por coaseguro, de conformidad con las condiciones generales de la póliza y la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.
3. El deducible se aplicará una sola vez por cada enfermedad o accidente cubierto de acuerdo de conformidad con las condiciones generales de la póliza.
4. En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

c) PAGO MIXTO.

El sistema de pago mixto operará en todos aquellos casos en que una parte de los gastos generados por el Asegurado en virtud de atención médica o ingreso a un Hospital, serán liquidados mediante pago directo por "LA INSTITUCION" y la otra parte, mediante reembolso, con sujeción en los términos estipulados de esta póliza.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

d) COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por el asegurado en forma anterior y posterior a una atención médica o quirúrgica, por un accidente cubierto o enfermedad cubierta que fueron previamente autorizados por "LA INSTITUCION" por pago directo, aplicando para ello los términos establecidos en la presente póliza.

16. OTROS SEGUROS.

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras Compañías Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Institución ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra Institución.

17. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso (el asegurado) podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Con independencia de lo anteriormente estipulado, para la interpretación y cumplimiento de las obligaciones contenidas en este convenio, el Contratante y "LA INSTITUCION" expresamente acuerdan someterse, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, a las determinaciones del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

18. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA.

En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

19. INTERÉS MORATORIO.

Si "LA INSTITUCIÓN" no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, de conformidad a lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se efectuará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre obligaciones denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de la Banca Múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que se presente la mora.

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivo denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de Banca Múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que se presente la mora.

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo de intereses moratorios a que aluden las fracciones I y II de la presente cláusula, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que la sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

IV.- En todos los casos los intereses moratorios se generarán por día, de aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago de intereses correspondiente a la moneda que se haya pactado en la obligación principal conforme a las fracciones I y II de la presente cláusula y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

20. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La vigencia de la cobertura contratada, concluirá en las fechas de terminación indicadas en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) La terminación del contrato por cualquiera de las causas establecidas en las bases de licitación.
- b) La cancelación de la presente póliza a solicitud del contratante.

c) El término del periodo de gracia antes del pago de la prima completa o de cada una de las fracciones pactadas en el Contrato.

Para el caso de que "LA INSTITUCION" pretenda dar por terminado o concluir el presente contrato póliza anticipadamente, esto solo podrá surtir efecto hasta noventa días naturales después de que se notifique por escrito dicha decisión a la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza.

21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El Poder Judicial de la Federación podrá participar en las utilidades que obtenga "LA INSTITUCION" en este seguro al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas pagadas menos siniestros ocurridos del ejercicio de todas las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación en los que incluirá la reserva por siniestros ocurridos no reportados. El dividendo se otorgará a favor de la contratante tanto el resultado de la cobertura básica, así como de los seguros adicionales.

Para efecto de la determinación de dicho dividendo, "LA INSTITUCION" efectuará al final de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza, previo requerimiento del pago por parte del Contratante, las operaciones siguientes:

a) Al 80% (ochenta por ciento) de todas las primas pagadas y devengadas del periodo vencido, se deducirá el importe de los siniestros reclamados del propio periodo, un porcentaje del monto de estos siniestros para afectarse a la reserva de siniestros ocurridos y no reportados.

b) Si la suma de los siniestros reclamados en el periodo más el porcentaje correspondiente a la reserva de siniestros ocurridos y no reportados, es mayor que el mencionado porcentaje de la prima pagada y devengada, no se otorgará dividendo al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza.

c) El monto remanente de la reserva de siniestros ocurridos y no reportados, se reembolsará al Poder Judicial de la Federación al término de periodo de cobertura definido en el tercer párrafo del punto A. COBERTURA BASICA de las Condiciones Generales.

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Para que los servidores públicos cuenten con una atención médico-hospitalaria acorde al monto de la suma asegurada que en razón de su nivel les corresponde, se observará en los siguientes cuadros de Hospitales, a los que los servidores públicos podrán tener acceso conforme su suma asegurada contratada, tomando en consideración de que en dichas instituciones médicas los tabuladores de costos de hospitalización, servicios médicos, urgencias o terapia intensiva son muy elevados, situación que genera que algunos niveles de suma

asegurada sean insuficientes para afrontar los gastos, siendo que en los demás hospitales de la red, el importe de la suma asegurada permite una óptima atención y el pago completo de los gastos a cargo de la póliza del seguro de gastos médicos mayores.

La aplicación de los deducibles y coaseguros por el incremento de la suma asegurada (potenciación), entrará en vigor a partir de la fecha de su contratación, por lo que no serán aplicables a padecimientos o accidentes cubiertos por la póliza que hayan ocurrido antes de esta fecha, para cada certificado individual y/o asegurado.

Para la Potenciación aplicará el deducible obligatorio, según sea el caso, para cada enfermedad o accidente cubierto por la póliza, eliminado el coaseguro, a menos que la enfermedad cubierta por la póliza lo estipule en las condiciones generales como pago obligatorio, ejemplo enfermedad de nariz y senos paranasales.

**ESTA TABLA CORRESPONDE A LA CLAUSULA 22 DEL
CAPITULO D, CLAUSULAS GENERALES.**

Suma Asegurada Básica	Sin potenciación o potenciación hasta 333 SMGM			Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF 185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "A"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	20%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%.
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	15%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%..
185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%..
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF 185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%..

Con potenciación a partir de 444 SMGM				Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
Suma Asegurada Total	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
444 SMGMVDF 592 SMGMVDF 740 SMGMVDF 1,000 SMGMVDF	Tipo "A", "B", o "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10%..

RELACION DE HOSPITALES		
Hospitales Tipo "A"	Hospitales Tipo "B"	Hospitales Tipo "C"
Distrito Federal Hospital Angeles del Pedregal Hospital Angeles de las Lomas Hospital ABC Hospital ABC, Santa Fe Guadalajara, Jal. Hospital Real San José de Zapopan Hospital Angeles del Carmen Cd. Juarez Hospital Angeles Cd. Juarez Puebla Hospital Angeles Puebla Tijuana, B.C. Hospital Angeles de Tijuana Aguascalientes Central Medico Quirurgica Saltillo Coahuila Hospital Muguerza Torreón, Coahuila Hospital Angeles Torreón León, Gto. Hospital Angeles de León Puerto Vallarta, Jal. Hospital Amerimed Monterrey, N.L. Hospital Muguerza Monterrey Hospital San José de Monterrey Hospital Oca Santa Engracia Querétaro, Qro. Hospital Angeles de Querétaro Cancun, Q Roo. Hospital Galenia de Cancún Villahermosa Tabasco CERACOM Angeles Villahermosa Xalapa, Veracruz Hospital Angeles Xalapa	Distrito Federal Hospital Médica Sur Hospital Español Hospital Angeles Metropolitano Hospital Sports Clinic Centro Médico Tiber Hospital Mocol Hospital Santa Fe Hospital Dalinde Tijuana, B.C. Hospital Excel Chihuahua, Chi. Hospital CIMA de Chihuahua Clinica del Parque Chihuahua Clinica del Centro Chihuahua Cd Juarez, Chi. Centro Médico de Especialidades Saltillo, Coah. Hospital Muguerza de Saltillo León, Gto. Hospital Aranda de la Parra Guadalajara, Jal. Hospital San Javier Mexico Americano Country 2000 Puerto Vallarta, Jal. Hospital San Javier Marina Estado de México Hospital Ciudad Satélite Centro Médico de Toluca Hospital Río de la Loza Monterrey, N.L. Hospital Muguerza Sur Hospital Muguerza Concepción Hospital de Ginecología y Obstetricia Querétaro, Qro. Hospital San José Cancun, Q Roo. Hospital Americano de Cancún Cullacan, Sin. Hospital Angeles de Cullacán Hermosillo, Son. Hospital Licón de Hermosillo Hospital CIMA de Hermosillo Villahermosa, Tab. Hospital Angeles de Villahermosa Cuernavaca Henry Dunant Cozumel Clinica San Miguel Clinica Villanueva	Distrito Federal e Interior de la República Mexicana Resto de los Hospitales en convenio

SUBPARTIDA 1.2.1

COBERTURAS ADICIONALES

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

(SCJN, CJF y TEPJF)

1.2.1 COBERTURAS ADICIONALES

Estas coberturas deberán ser obligatoriamente cotizadas de conformidad con el ANEXO 6. Las cuales serán adjudicadas de conformidad con el punto 4.4 CRITERIOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE CONTRATOS de las presentes bases.

1.2.1.1 Pago de Complementos y/o Colas de Sinistros

Los asegurados de nueva incorporación en la colectividad, que estaban asegurados en compañías aseguradoras diferentes, tienen derecho al pago de complementos hasta el monto de la suma asegurada remanente, con la que cuenten a la fecha de incorporación a la colectividad del Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando presenten finiquito emitido por la compañía de seguros con la que se abrió el siniestro y no haya tenido periodo al descubierto.

1.2.1.2 Tratamientos Dentales

Para el caso de enfermedad por tratamientos dentales, alveolares o gingivales se cubrirán los gastos erogados hasta una suma asegurada de \$10,000.00, con aplicación de deducible obligatorio.

1.2.1.3 Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario:

Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertas hasta por una suma asegurada máxima de 70 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal), esta suma asegurada será independiente a la cobertura de parto, cesárea o aborto involuntario, por lo que una no exentará a la otra. Entendiéndose que se cubrirá lo siguiente: erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, placenta acreta, placenta increta, placenta preincretas, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina, várices vulvares o vaginales, embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclampsia, mola hidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembrionario, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

1.2.1.4 Padecimientos Congénitos

Así mismo se cubrirán los padecimientos congénitos del asegurado, cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento se manifiesten durante la vigencia de este contrato, siempre y cuando no se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que estos gastos tuvieron inicio en fecha anterior a la de ingreso a la colectividad.

1.2.1.5 Obesidad Mórbida

Se excluyen tratamientos sobre la anorexia, bulimia, dietéticos y de obesidad, así como sus complicaciones; *salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual estará cubierta.*

1.2.1.6 Edad

Padres del Asegurado Titular y/o Padres del Cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo hasta los 89 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los 90 años de edad.

1.2.1.7 Coaseguro

Eliminación del pago de coaseguro en todos los casos.

1.2.1.8 Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta, entre otros, se cubran a causa de un accidente.

Se excluyen tratamientos por alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como estado de enajenación mental, de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis y en general cualquier estudio o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico a excepción de aquellos derivados de un accidente.

1.2.1.9 Reinstalación Automática de Suma Asegurada.

Para el caso de accidentes, enfermedad y/o nuevos padecimientos en los que se agote la suma asegurada, ésta se reinstalará sucesivamente para continuar cubriendo el siniestro de que se trate, hasta la terminación de la vigencia de la presente póliza.

1.2.1.10 Mecanismo para la exención de depósito hospitalario.

La aseguradora deberá garantizar, con el mayor número de hospitales posible, un convenio en el que los asegurados al momento de ingresar al hospital exenten el depósito del ingreso hasta las primeras 24 horas siguientes a su internamiento, tiempo en que la aseguradora, en caso de que el evento sea procedente entregue la carta de pago al hospital, o en el supuesto de que el evento no sea procedente con la aseguradora, el asegurado deberá realizar las acciones conducentes.

POBLACIÓN ASEGURADA
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

(SCJN, CJF y TEPJF)

**POBLACIÓN S.C.J.N.
PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FUNCIONARIOS
SUPERIORES Y MANDOS MEDIOS
(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.2)**

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	145	0	0	0	145
20-24	F	0	0	33	0	0	0	33
25-29	F	10	9	0	15	0	0	34
30-34	F	26	19	0	5	0	0	50
35-39	F	38	31	0	2	0	0	71
40-44	F	26	22	0	0	0	0	48
45-49	F	20	16	0	0	0	0	36
50-54	F	17	16	0	0	4	0	37
55-59	F	10	13	0	0	11	1	35
60-64	F	8	5	0	0	11	0	24
65-69	F	4	1	0	0	9	1	15
70-74	F	0	1	0	0	7	2	10
75-79	F	0	0	0	0	7	0	7
80-84	F	0	0	0	0	5	0	5
85-89	F	0	0	0	0	1	0	1
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		159	133	178	22	55	4	551

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	130	0	0		130
20-24	M	0	0	26	0	0	0	0 26
25-29	M	6	2	0	16	0	0	0 24
30-34	M	25	5	0	8	0	0	0 38
35-39	M	53	10	0	0	0	0	0 63
40-44	M	33	12	0	0	0	0	0 45
45-49	M	34	4	0	0	0	0	0 38
50-54	M	15	5	0	0	0	0	0 20
55-59	M	21	6	0	0	4	0	0 31
60-64	M	12	0	0	0	5	0	0 17
65-69	M	2	3	0	0	8	0	0 13
70-74	M	2	1	0	0	2	0	0 5
75-79	M	0	0	0	0	2	0	0 2
80-84	M	0	0	0	0	1	0	0 1
85-89	M	0	0	0	0	0	1	0 1
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0 0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0 0

Total Sexo Masculino	203	48	156	24	22	1	454
-----------------------------	------------	-----------	------------	-----------	-----------	----------	------------

Total	362	181	334	46	77	5	1,005
--------------	------------	------------	------------	-----------	-----------	----------	--------------

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	81	0	0	0	81
20-24	F	0	0	11	0	0	0	11
25-29	F	9	2	0	4	0	0	15
30-34	F	12	12	0	2	0	0	26
35-39	F	18	21	0	1	0	0	40
40-44	F	17	18	0	1	0	0	36
45-49	F	10	8	0	0	0	0	18
50-54	F	4	4	0	0	2	1	11
55-59	F	3	7	0	0	5	3	18
60-64	F	2	4	0	0	10	1	17
65-69	F	1	0	0	0	5	0	6
70-74	F	4	0	0	0	7	1	12
75-79	F	0	1	0	0	6	0	7
80-84	F	0	0	0	0	3	1	4
85-89	F	0	0	0	0	2	0	2
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		80	77	92	8	40	7	304

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	95	0	0	0	95
20-24	M	0	0	17	0	0	0	17
25-29	M	3	1	0	6	0	0	10
30-34	M	17	2	0	4	0	0	23
35-39	M	23	5	0	0	0	0	28
40-44	M	30	4	0	0	0	0	34
45-49	M	14	3	0	1	0	0	18
50-54	M	10	2	0	0	1	0	13
55-59	M	8	3	0	0	0	1	12
60-64	M	8	0	0	0	5	0	13
65-69	M	1	1	0	0	4	0	6
70-74	M	0	0	0	0	2	0	2
75-79	M	2	0	0	0	2	0	4
80-84	M	0	0	0	0	5	0	5
85-89	M	0	0	0	0	0	0	0
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		116	21	112	11	19	1	280
Total		196	98	204	19	59	8	584

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 185 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	0	0	0	0	0
20-24	F	0	0	0	0	0	0	0
25-29	F	0	0	0	0	0	0	0
30-34	F	0	0	0	0	0	0	0
35-39	F	0	0	0	0	0	0	0
40-44	F	0	0	0	0	0	0	0
45-49	F	1	0	0	0	0	0	1
50-54	F	0	0	0	0	0	0	0
55-59	F	0	0	0	0	0	0	0
60-64	F	0	0	0	0	0	0	0
65-69	F	0	0	0	0	0	0	0
70-74	F	0	0	0	0	0	0	0
75-79	F	0	0	0	0	0	0	0
80-84	F	0	0	0	0	0	0	0
85-89	F	0	0	0	0	0	0	0
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		1	0	0	0	0	0	1

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	1	0	0	0	1
20-24	M	0	0	0	0	0	0	0
25-29	M	0	0	0	0	0	0	0
30-34	M	0	0	0	0	0	0	0
35-39	M	0	0	0	0	0	0	0
40-44	M	0	0	0	0	0	0	0
45-49	M	0	1	0	0	0	0	1
50-54	M	0	0	0	0	0	0	0
55-59	M	0	0	0	0	0	0	0
60-64	M	0	0	0	0	0	0	0
65-69	M	0	0	0	0	0	0	0
70-74	M	0	0	0	0	0	0	0
75-79	M	0	0	0	0	0	0	0
80-84	M	0	0	0	0	0	0	0
85-89	M	0	0	0	0	0	0	0
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		0	1	1	0	0	0	2
Total		1	1	1	0	0	0	3

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	281	0	0	0	281
20-24	F	0	1	46	0	0	0	47
25-29	F	14	11	0	24	0	0	49
30-34	F	36	37	0	6	0	0	79
35-39	F	73	55	0	1	0	0	129
40-44	F	52	45	0	1	0	0	98
45-49	F	34	31	0	0	1	0	66
50-54	F	35	28	0	0	8	0	71
55-59	F	25	21	0	0	20	6	72
60-64	F	14	12	0	0	46	3	75
65-69	F	5	8	0	0	33	4	50
70-74	F	1	6	0	0	27	2	36
75-79	F	1	1	0	0	22	4	28
80-84	F	1	0	0	0	16	1	18
85-89	F	0	0	0	0	7	0	7
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		291	256	327	32	180	20	1,106

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	259	0	0	0	259
20-24	M	0	0	49	0	0	0	49
25-29	M	8	1	0	31	0	0	40
30-34	M	43	8	0	21	0	0	72
35-39	M	83	22	0	5	0	0	110
40-44	M	62	18	0	0	0	0	80
45-49	M	48	13	0	0	0	0	61
50-54	M	33	18	0	0	2	0	53
55-59	M	33	14	0	0	10	2	59
60-64	M	26	13	0	0	16	1	56
65-69	M	7	1	0	0	29	6	43
70-74	M	10	1	0	0	18	0	29
75-79	M	3	0	0	0	21	3	27
80-84	M	0	0	0	0	8	1	9
85-89	M	0	0	0	0	2	0	2
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		356	109	308	57	106	13	949
Total		647	365	635	89	286	33	2,055

**POBLACIÓN C.J.F.
PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FUNCIONARIOS
SUPERIORES Y MANDOS MEDIOS
(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.2)**

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	446	0	0	0	446
20-24	F	7	10	75	0	0	0	92
25-29	F	73	41	0	22	0	0	136
30-34	F	105	79	0	4	0	0	188
35-39	F	97	83	0	1	0	0	181
40-44	F	79	56	0	0	0	0	135
45-49	F	38	44	0	1	8	0	91
50-54	F	28	34	0	0	10	1	73
55-59	F	13	20	0	0	23	1	57
60-64	F	12	8	0	0	17	1	38
65-69	F	4	1	0	0	24	2	31
70-74	F	0	2	0	0	10	2	14
75-79	F	0	0	0	0	9	1	10
80-84	F	0	0	0	0	2	0	2
85-89	F	0	0	0	0	1	0	1
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		456	378	521	28	104	8	1,495

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	498	0	0	0	498
20-24	M	8	1	53	0	0	0	62
25-29	M	63	10	0	22	0	0	95
30-34	M	129	24	0	6	0	0	159
35-39	M	160	51	0	4	0	0	215
40-44	M	81	29	0	0	0	0	110
45-49	M	72	14	0	0	1	0	87
50-54	M	50	11	0	0	4	0	65
55-59	M	30	6	0	0	8	0	44
60-64	M	15	7	0	0	11	0	33
65-69	M	8	2	0	0	5	0	15
70-74	M	3	1	0	0	10	2	16
75-79	M	2	0	0	0	6	1	9
80-84	M	0	0	0	0	1	0	1
85-89	M	0	0	0	0	0	0	0
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		621	156	551	32	46	3	1,409
Total		1,077	534	1,072	60	150	11	2,904

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HJO MENOR 25 AÑOS	HJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	1	1,361	0	1	0	1,363
20-24	F	58	33	148	0	0	0	239
25-29	F	287	128	0	66	0	0	481
30-34	F	479	246	0	16	0	0	741
35-39	F	415	186	0	9	0	0	610
40-44	F	245	118	0	1	1	0	365
45-49	F	173	76	0	1	15	0	265
50-54	F	130	49	0	0	60	2	241
55-59	F	74	36	0	0	104	3	217
60-64	F	35	14	0	0	96	2	147
65-69	F	8	4	0	0	65	2	79
70-74	F	3	1	0	0	51	4	59
75-79	F	0	0	0	1	41	0	42
80-84	F	0	1	0	0	16	0	17
85-89	F	0	0	0	0	4	1	5
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		1,907	893	1,509	94	454	14	4,871

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	1,381	0	0	0	1,381
20-24	M	50	3	197	0	0	0	250
25-29	M	279	27	0	65	0	0	371
30-34	M	505	89	0	16	0	0	610
35-39	M	359	134	0	3	0	0	496
40-44	M	197	103	0	0	0	0	300
45-49	M	138	76	0	0	1	0	215
50-54	M	88	49	0	1	13	1	152
55-59	M	46	30	0	0	41	0	117
60-64	M	26	11	0	0	60	2	99
65-69	M	9	16	0	0	51	4	80
70-74	M	3	2	0	0	29	3	37
75-79	M	0	0	0	0	15	0	15
80-84	M	0	1	0	0	8	1	10
85-89	M	1	0	0	0	0	1	2
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		1,701	541	1,578	85	218	12	4,135
Total		3,608	1,434	3,087	179	672	26	9,006

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 185 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	0	0	0	0	0
20-24	F	0	0	0	0	0	0	0
25-29	F	0	0	0	0	0	0	0
30-34	F	0	0	0	0	0	0	0
35-39	F	0	0	0	0	0	0	0
40-44	F	0	0	0	0	0	0	0
45-49	F	0	0	0	0	0	0	0
50-54	F	0	0	0	0	0	0	0
55-59	F	0	0	0	0	0	0	0
60-64	F	0	0	0	0	0	0	0
65-69	F	0	0	0	0	0	0	0
70-74	F	0	0	0	0	0	0	0
75-79	F	0	0	0	0	0	0	0
80-84	F	0	0	0	0	0	0	0
85-89	F	0	0	0	0	0	0	0
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		0	0	0	0	0	0	0

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	0	0	0	0	0
20-24	M	0	0	0	0	0	0	0
25-29	M	0	0	0	0	0	0	0
30-34	M	0	0	0	0	0	0	0
35-39	M	0	0	0	0	0	0	0
40-44	M	0	0	0	0	0	0	0
45-49	M	0	0	0	0	0	0	0
50-54	M	0	0	0	0	0	0	0
55-59	M	0	0	0	0	0	0	0
60-64	M	0	0	0	0	0	0	0
65-69	M	0	0	0	0	0	0	0
70-74	M	0	0	0	0	0	0	0
75-79	M	0	0	0	0	0	0	0
80-84	M	0	0	0	0	0	0	0
85-89	M	0	0	0	0	0	0	0
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		0	0	0	0	0	0	0
Total		0	0	0	0	0	0	0

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	5	4,402	0	1	0	4,408
20-24	F	3	37	703	0	0	0	743
25-29	F	150	251	0	250	0	0	651
30-34	F	747	681	0	83	1	0	1,512
35-39	F	757	758	0	21	0	0	1,536
40-44	F	583	618	0	8	2	0	1,211
45-49	F	451	475	0	1	25	1	953
50-54	F	301	337	0	0	100	15	753
55-59	F	142	220	0	0	295	33	690
60-64	F	63	128	0	0	389	42	622
65-69	F	27	50	0	0	390	42	509
70-74	F	10	14	0	0	294	40	358
75-79	F	0	1	0	0	199	28	228
80-84	F	0	0	0	0	108	15	123
85-89	F	0	0	0	0	16	0	16
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		3,234	3,575	5,105	363	1,820	216	14,313

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	1	4,565	0	0	0	4,566
20-24	M	5	2	667	0	0	0	674
25-29	M	258	27	0	287	0	0	572
30-34	M	973	124	0	89	0	0	1,186
35-39	M	1,102	223	0	22	0	0	1,347
40-44	M	876	213	0	5	0	0	1,094
45-49	M	762	174	0	1	1	0	938
50-54	M	532	112	0	0	24	1	669
55-59	M	340	78	0	0	114	13	545
60-64	M	212	38	0	0	192	18	460
65-69	M	113	13	0	0	229	17	372
70-74	M	42	1	0	0	176	23	242
75-79	M	5	3	0	0	113	19	140
80-84	M	1	0	0	0	76	1	78
85-89	M	0	2	0	0	7	1	10
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		5,221	1,011	5,232	404	932	93	12,893
Total		8,455	4,586	10,337	767	2,752	309	27,206

**POBLACIÓN TRIBUNAL ELECTORAL
PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FUNCIONARIOS
SUPERIORES Y MANDO MEDIOS
(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.2)**

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	138	0	0	0	138
20-24	F	9	4	22	0	0	0	35
25-29	F	26	18	0	7	0	0	51
30-34	F	27	27	0	4	0	0	58
35-39	F	23	40	0	0	0	0	63
40-44	F	10	15	0	3	0	0	28
45-49	F	9	17	0	0	3	0	29
50-54	F	11	13	0	0	3	0	27
55-59	F	7	4	0	0	12	0	23
60-64	F	1	1	0	0	10	2	14
65-69	F	0	3	0	0	4	0	7
70-74	F	0	1	0	0	5	0	6
75-79	F	0	0	0	0	1	0	1
80-84	F	0	0	0	0	1	0	1
85-89	F	0	0	0	0	0	0	0
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		123	143	160	14	39	2	481

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	122	0	0	0	122
20-24	M	10	0	24	0	0	0	34
25-29	M	24	2	0	4	0	0	30
30-34	M	45	2	0	1	0	0	48
35-39	M	47	6	0	3	0	0	56
40-44	M	37	5	0	0	0	0	42
45-49	M	27	4	0	1	0	0	32
50-54	M	9	5	0	0	2	0	16
55-59	M	4	2	0	0	2	0	8
60-64	M	4	2	0	0	8	0	14
65-69	M	3	0	0	0	4	1	8
70-74	M	3	0	0	0	5	1	9
75-79	M	0	0	0	0	1	0	1
80-84	M	0	0	0	0	0	0	0
85-89	M	0	0	0	0	0	0	0
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		213	26	146	9	22	2	420
Total		336	171	306	23	61	4	901

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	57	0	0	0	57
20-24	F	0	0	11	0	0	0	11
25-29	F	7	12	0	3	0	0	22
30-34	F	17	18	0	3	0	0	38
35-39	F	11	15	0	0	0	0	26
40-44	F	5	9	0	1	0	0	15
45-49	F	5	7	0	1	0	0	13
50-54	F	3	9	0	0	5	0	17
55-59	F	2	1	0	0	8	0	11
60-64	F	0	1	0	0	7	0	8
65-69	F	1	0	0	0	5	0	6
70-74	F	0	1	0	0	4	0	5
75-79	F	0	0	0	0	3	0	3
80-84	F	0	0	0	0	0	0	0
85-89	F	0	0	0	0	0	0	0
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0

Total Sexo Femenino

51	73	68	8	32	0	232
----	----	----	---	----	---	-----

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	62	0	0	0	62
20-24	M	1	0	9	0	0	0	10
25-29	M	16	1	0	5	0	0	22
30-34	M	22	1	0	0	0	0	23
35-39	M	24	4	0	0	0	0	28
40-44	M	18	1	0	0	0	0	19
45-49	M	10	4	0	0	0	0	14
50-54	M	9	0	0	0	0	0	9
55-59	M	4	2	0	0	1	0	7
60-64	M	1	0	0	0	8	0	9
65-69	M	2	0	0	0	4	0	6
70-74	M	1	0	0	0	2	0	3
75-79	M	0	0	0	0	1	0	1
80-84	M	0	0	0	0	0	0	0
85-89	M	0	0	0	0	0	0	0
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		108	13	71	5	16	0	213
Total		159	86	139	13	48	0	445

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 185 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	0	0	0	0	0
20-24	F	0	0	0	0	0	0	0
25-29	F	0	0	0	0	0	0	0
30-34	F	0	0	0	0	0	0	0
35-39	F	0	0	0	0	0	0	0
40-44	F	0	0	0	0	0	0	0
45-49	F	0	0	0	0	0	0	0
50-54	F	0	0	0	0	0	0	0
55-59	F	0	0	0	0	0	0	0
60-64	F	0	0	0	0	0	0	0
65-69	F	0	0	0	0	0	0	0
70-74	F	0	0	0	0	0	0	0
75-79	F	0	0	0	0	0	0	0
80-84	F	0	0	0	0	0	0	0
85-89	F	0	0	0	0	0	0	0
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Femenino		0	0	0	0	0	0	0

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	0	0	0	0	0
20-24	M	0	0	0	0	0	0	0
25-29	M	0	0	0	0	0	0	0
30-34	M	0	0	0	0	0	0	0
35-39	M	0	0	0	0	0	0	0
40-44	M	0	0	0	0	0	0	0
45-49	M	0	0	0	0	0	0	0
50-54	M	0	0	0	0	0	0	0
55-59	M	0	0	0	0	0	0	0
60-64	M	0	0	0	0	0	0	0
65-69	M	0	0	0	0	0	0	0
70-74	M	0	0	0	0	0	0	0
75-79	M	0	0	0	0	0	0	0
80-84	M	0	0	0	0	0	0	0
85-89	M	0	0	0	0	0	0	0
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		0	0	0	0	0	0	0
Total		0	0	0	0	0	0	0

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	0	0	191	0	0	0	191
20-24	F	0	3	29	0	0	0	32
25-29	F	13	18	0	18	0	0	49
30-34	F	30	45	0	7	0	0	82
35-39	F	29	49	0	1	0	0	79
40-44	F	17	28	0	0	0	0	45
45-49	F	13	30	0	0	1	0	44
50-54	F	12	25	0	0	5	1	43
55-59	F	3	15	0	0	21	4	43
60-64	F	1	8	0	0	40	4	53
65-69	F	0	3	0	0	26	6	35
70-74	F	0	0	0	0	17	0	17
75-79	F	0	0	0	0	14	2	16
80-84	F	0	0	0	0	12	2	14
85-89	F	0	0	0	0	3	0	3
90-94	F	0	0	0	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0	0	0	0

Total Sexo Femenino

118	224	220	26	139	19	746
-----	-----	-----	----	-----	----	-----

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25	HIJO MAYOR 25	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	0	0	193	0	0	0	193
20-24	M	1	0	26	0	0	0	27
25-29	M	18	2	0	13	0	0	33
30-34	M	53	7	0	2	0	0	62
35-39	M	88	13	0	6	0	0	107
40-44	M	43	6	0	0	0	0	49
45-49	M	38	6	0	0	0	0	44
50-54	M	25	3	0	0	0	0	28
55-59	M	21	2	0	0	9	0	32
60-64	M	16	3	0	0	17	1	37
65-69	M	5	0	0	0	21	6	32
70-74	M	1	0	0	0	11	0	12
75-79	M	0	0	0	0	13	0	13
80-84	M	0	0	0	0	7	1	8
85-89	M	0	0	0	0	1	0	1
90-94	M	0	0	0	0	0	0	0
95-99	M	0	0	0	0	0	0	0
Total Sexo Masculino		309	42	219	21	79	8	678
Total		427	266	439	47	218	27	1,424

SUBPARTIDA 1.3

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MINISTROS, MAGISTRADOS Y
JUECES JUBILADOS DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.
(SCJN-CJF)**

SUBPARTIDA 1.3 SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces jubilados del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación y Consejo de la Judicatura Federal) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. La propuesta técnica deberá contener manifestación por escrito firmada por el representante legal, bajo protesta de decir verdad de cumplir de forma cabal con lo solicitado en las Bases, junta de aclaraciones y sus Anexos.
2. Opcionalmente las empresas podrán adjuntar instructivos, manuales, guía rápida, etc., y en su caso los demás aspectos que en su conjunto mejoren, especialicen y actualicen el servicio solicitado, tales como folletería, instructivos de llenado, dípticos del servicio, etc.
3. Las participantes deberán proporcionar Directorio de Prestadores de Servicios en convenio (directorio de Red Médica, tales como hospitales, señalando el nivel de los mismos, médicos en convenio, así como contar con Coordinador Médico y personal administrativo) para la Zona Metropolitana y en las ciudades del interior de la República que a continuación se indican, así como en aquellas en las que en su futuro se requiera.

Acapulco	Agua Prieta	Aguascalientes	Boca del Río	Campeche
Cancún	Ciudad Juárez	Ciudad Obregón	Ciudad Valles	Ciudad Victoria
Celaya	Chetumal	Chihuahua	Chilpancingo	Cintalapa de Figueroa
Coahuila	Colima	Córdoba	Cuernavaca	Culiacán
Durango	Ensenada	Guadalajara	Guanajuato	Hermosillo
Iguala	La Paz	León	Los Mochis	Matamoros
Mazatlán	Mérida	Mexicali	Monclova	Monterrey
Morelia	Nogales	Nuevo Laredo	Oaxaca	Pachuca
Piedras Negras	Poza Rica	Puebla	Puente Grande	Querétaro
Reynosa	Salina Cruz	Saltillo	San Andrés Cholula	San Luis Potosí
Tampico	Tapachula	Tepic	Tijuana	Tlaxcala
Toluca	Torreón	Tuxpan	Tuxtla Gutiérrez	Uruapan
Veracruz	Villa Aldama	Villahermosa	Xalapa	Zacatecas

4. Las empresas participantes deberán presentar propuesta de los siguientes formatos.
 - Multiformato para Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos, Modificación de Suma Asegurada, Cambio de Adscripción, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:

a. DATOS GENERALES.

- Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos (Sumas Aseguradas, Datos Personales, etc).
- Inicio de Movimiento.

b. DATOS DEL SOLICITANTE

- RFC.
- No. de expediente.
- Teléfono.
- Póliza No.
- Clave de Adscripción.
- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
- Calle y número.
- Colonia.
- Código Postal.
- Estado.
- Delegación o Municipio.
- Ciudad o Población.

c. DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS.

- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
- Fecha de Nacimiento.
- Sexo.
- Parentesco.

d. NOMBRE, FIRMA, LUGAR Y FECHA.

- Así como solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Mayores.

5. Una muestra de la póliza del seguro de Gastos Médicos Mayores.
6. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.

a).- *Uso de los Sistemas y Base de Datos:*

- Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las dos instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

La Institución deberá actualizar la base de datos de los Asegurados, la cual enviará por separado y de conformidad a las necesidades de cada Instancia Contratante del Poder Judicial de la Federación. (Suprema Corte de Justicia de la Federación o Consejo de la Judicatura Federal).

El sistema para la base de datos de la Institución deberá tener la capacidad para emitir la póliza directamente en el Módulo de Atención ubicado en cada una de las Instancias contratantes.

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación y el Consejo de la Judicatura Federal acordarán con la Institución la fecha de pago correspondiente a la prima básica a cargo de las instancias.
- La Suprema Corte de Justicia de la Nación y el Consejo de la Judicatura Federal acordarán con la Institución, los campos y tipo de archivo que deberá enviar para la conciliación y la información relativa de las primas a cargo del Asegurado.
- Las conciliaciones de cobranza se llevarán a cabo por cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, conjuntamente con el personal de la Institución ganadora.

c).- Servicios:

La Institución deberá proporcionar un servicio exclusivo de Centro de Atención Telefónica Gratuito, las 24 horas del día, los 365 días del año; asimismo deberá contar con personal especializado que conozca e informe las condiciones del Poder Judicial de la Federación y que proporcione la atención en caso de algún siniestro.

- La Institución deberá asignar un Ejecutivo de cuenta o un Coordinador para las dos Instancias Administrativas (SCJN y CJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional.
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia, reportes mensuales de siniestralidad, de acuerdo al siguiente formato:
 - Número de siniestro.
 - Fecha de primer gasto.
 - Lugar del siniestro.
 - Nombre de titular.
 - Nombre del paciente.
 - Descripción del padecimiento.
 - Nombre del hospital o proveedor.
 - Suma asegurada con la que se aperturó el siniestro.
 - Deducible, y en su caso, coaseguro.
 - Importe pagado sin IVA.
 - Desglose de IVA.
 - Total de pago

- Importe remanente de suma asegurada.
- Tipo de pago (inicial o complemento, en su caso que número es).

7. Entrega de las Pólizas:

- La Institución entregará las pólizas del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces jubilados del Poder Judicial de la Federación, en un plazo máximo de 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar por cada instancia Administrativa, clasificadas alfabéticamente.
8. La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas de Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces jubilados del Poder Judicial de la Federación.
9. Informar, en su caso, la denominación o lista de Instituciones Reaseguradoras que apoyarán la oferta.

SUBPARTIDA 1.3

**CONDICIONES DEL SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES PARA MINISTROS,
MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS
DEL PODER JUDICIAL DE LA
FEDERACIÓN**

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. Asegurado.

Es la persona física que formando parte de la colectividad asegurada mediante esta póliza, tendrá el carácter de Titular si en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza y personas designadas por el Asegurado Titular, que para efectos de la misma designa como su Cónyuge o Viuda(o) y/o Hijos solteros menores de 25 años de edad o incapaces sin límite de edad.

2. Accidente Cubierto.

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del asegurado, siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia de la póliza y que requiera atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen. No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el asegurado.

3. Enfermedad Cubierta.

Es toda alteración en la salud del Asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

4. Enfermedad Congénita.

Es aquella que está desde el nacimiento.

5. Emergencia Médica.

Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad cubierta o accidente cubierto por esta póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad.

6. Padecimientos preexistentes.

Es aquella alteración de la salud:

- a) Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y /o
- b) Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o
- c) Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o
- d) Por la cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

El criterio que se tomará para considerar los supuestos de los incisos a) y c), será la existencia de un dictamen médico, en el cual se haga constar que la enfermedad o el padecimiento tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada asegurado.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Institución, en acudir ante un arbitraje privado previo acuerdo entre ambas partes.

La Compañía Aseguradora acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someterá a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía Aseguradora.

7. Periodo de Espera.

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua para cada Asegurado, para que la Compañía Aseguradora pueda cubrir ciertos padecimientos.

Si el Asegurado recurre a los servicios de la Red Médica, puede eliminar el periodo de espera en algunos padecimientos cubiertos por la póliza.

8. Colas de Siniestros.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2011, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. Suma Asegurada.

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene la Compañía Aseguradora por cada Asegurado a consecuencia de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

Dicho monto se determinará multiplicando el número de salarios indicados en la carátula y/o certificado y/o tarjeta de identificación de la póliza por el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal (SMGMVDF) en la fecha en que se efectuó el primer gasto de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad cubierta o accidente cubierto, no rebasarán la suma asegurada contratada.

La suma asegurada se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad llegase a disminuir o agotarse, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada.

10. Reconocimiento de Antigüedad.

Es la permanencia ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores, que no haya tenido periodos al descubierto mayores a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento

11. Deducible.

Cantidad de la reclamación a cargo del Asegurado, indicada en la carátula de la póliza y que se debe cubrir en cada evento de enfermedad cubierta.

12. Coaseguro.

Porcentaje a cargo del Asegurado especificado en la carátula de la póliza y que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible.

13. Honorarios Médicos.

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

14. Hospitalización.

Para efectos de esta póliza es la estancia continua en un Hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente.

15. Hospital.

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos o accidentados.

16. Cuarto Privado Estándar.

Para efectos de esta póliza se refiere a un cuarto de Hospital, con teléfono, televisión, baño privado y cama extra para un acompañante.

17. Red Médica.

Se integra por los médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos y de gabinete que prestan servicios bajo convenio para la Compañía Aseguradora.

18. Pago Directo.

Sistema de pago mediante el cual la Compañía Aseguradora liquidará directamente al prestador de servicios los gastos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido en la Red Médica y que los servicios respectivos sean coordinados a través de la Compañía Aseguradora.

También liquidará directamente los gastos a los médicos que no perteneciendo a la citada Red Médica, acepten mediante firma autógrafa en el formato respectivo, el pago del tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red y los servicios sean autorizados por la Compañía Aseguradora.

En ambos casos se requiere que el Asegurado cuente con su tarjeta de identificación y/o certificado individual.

19. Reembolso.

Pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien la Compañía Aseguradora no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando el deducible y coaseguro correspondientes.

El monto máximo susceptible de reembolso de los gastos médicos cubiertos por esta póliza, no excederá la suma asegurada de cada Asegurado.

20. Pago Mixto.

Sistema de pago mediante el cual la Compañía Aseguradora liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

21. Contratante.

Se constituyen como tal, las Instancias Administrativas de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y del Consejo de la Judicatura Federal, que son responsables ante la Compañía Aseguradora del pago de la prima de la cobertura básica del seguro y como representante legal para efectos del contrato y endosos.

22. Endoso.

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones generales y/o cláusulas generales del contrato y forma parte de éste.

23. Período al Descubierta.

Es el lapso en el cual la prima del seguro no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza la vigencia e inicia el período de gracia y termina cuando la Compañía Aseguradora recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

24. Certificado.

Documento expedido por la Compañía Aseguradora en el cual se especifica nombre del Contratante, nombre de la Instancia Administrativa, número de póliza, número de certificado, nombre del Asegurado Titular, personas designadas por el Asegurado Titular y parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, forma de pago, suma asegurada básica, deducible, coaseguro y principales coberturas.

25. Tarjeta de Identificación.

Tarjeta de cada Asegurado expedida por la Compañía Aseguradora en la fecha de alta al seguro.

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

La Compañía Aseguradora protege a cada Asegurado durante la vigencia de este contrato y de acuerdo con las condiciones generales, cláusulas generales y endosos del mismo, si a consecuencia directa de una enfermedad cubierta o accidente cubierto el Asegurado incurriera en los gastos que se mencionan en la póliza.

La Compañía Aseguradora pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula o endosos de esta póliza, sin que exista un período máximo de cobertura, siempre y cuando el Asegurado permanezca en la colectividad asegurada en cada renovación anual de la póliza y se siga efectuando en forma ininterrumpida, terminando la obligación de ésta con el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de suceder el siniestro.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2011, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en los que incurra el Asegurado dentro de la República Mexicana, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamientos, sujetos a lo establecido en la póliza.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la póliza son los siguientes:

1. Gastos del Hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.
2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital.
3. Medicamentos adquiridos para el Asegurado dentro o fuera del Hospital, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la factura de la farmacia con la receta. Dichos documentos deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables. Deberá recibirse factura o nota que cumpla con los requisitos fiscales aplicables.
4. Honorarios médicos por Intervención Quirúrgica, hasta por el importe de la suma asegurada, en reembolso, en el caso de pago directo la compañía aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica.

4.1 Honorarios por consultas o visitas médicas.

4.2 Los Honorarios de Ayudantes, en su conjunto, se cubrirán hasta por el treinta y cinco por ciento del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano. Se cubrirán los honorarios de 1o. Ayudante con el 20% de lo pagado al Cirujano y en caso estrictamente necesario, para el 2o. Ayudante con el 10% y al Instrumentista con el 5% de lo pagado al Cirujano.

4.3 Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta por el treinta por ciento del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El total para estos conceptos, será lo máximo a pagar por la Compañía Aseguradora.

5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de noventa turnos. Los cuales se podrán autorizar de forma discontinua y por lapsos interrumpidos con autorización médica. Los turnos son de 8 horas cada uno.

6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.

7. Equipo de anestesia y material médico.

8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes, excluyendo los gastos por donadores.

9. Gastos Originados por la estancia del Asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.

10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y, cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad cubierta o accidente cubierto.

11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, aparatos auditivos así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto. El límite máximo de responsabilidad asumido por la Aseguradora bajo este beneficio es, hasta en su caso, la suma asegurada si el evento está cubierto.

12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del médico tratante.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza y se ponga en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos, no se requerirá la indicación del médico tratante.

El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes: traslado de aeropuerto a aeropuerto cuando el Asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza y que

por prescripción médica se considere estrictamente necesario por no poder ser atendido en el lugar que ocurrió éste.

El tipo de ambulancia que se enviará, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, es decir, se proporcionará ambulancia de terapia intensiva, de terapia intermedia o estándar con médico especialista a bordo o con médico general, según se requiera.

13. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad cubierta o accidente cubierto.
14. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de trasplantes de corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, páncreas, riñón y médula ósea. Únicamente se cubrirán los gastos médicos originados por las intervenciones quirúrgicas que se practiquen al Asegurado receptor, siempre y cuando ocurran dentro de la vigencia de la póliza.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral. No se cubren estos tratamientos si son preexistentes, pero se tendrá que cubrir si el padecimiento es congénito.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza.
17. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente.
18. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la póliza siempre y cuando sea por prescripción médica. El límite de responsabilidad es hasta la suma asegurada si el evento está cubierto.
19. Quedan cubiertos los procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos de apendicectomía que se manifiesten durante la vigencia de la póliza.
20. Los gastos en que incurra el Asegurado, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter de enunciativo no limitativo: tauromaquia, automovilismo, motociclismo, buceo, equitación, alpinismo, montañismo, rapel, boxeo, karate, artes marciales, etc.
21. Se reconoce la antigüedad de cada Asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de antigüedad, el inicio de vigencia de la primera expedición de una póliza de Gastos Médicos Mayores en una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido períodos continuos de cobertura. El periodo continuo de

cobertura deberá ser comprobado por el asegurado con la carátula de póliza del seguro anterior y/o el recibo de pago o algún documento formal por parte de la Compañía Aseguradora anterior únicamente para las altas posteriores.

El tiempo máximo de periodo al descubierto es de 30 días. El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento.

22. Preexistencia.

Se cubren los Padecimientos Preexistentes, según se definen en la póliza, siempre y cuando en un periodo de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento o vigilancia médica y/o que dicho padecimiento no haya sido cubierto por otra Institución, o sea considerado como un complemento o cola de siniestro.

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

23. Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas incluyendo lentes intraoculares y desprendimiento de retina cualquiera que sea su causa, litiasis renal y en vías urinarias, a partir del segundo año de vigencia continua para cada Asegurado.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior, durante el primer año de vigencia continua, quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica. Se entenderá por Red Médica a la atención simultánea con médico y Hospital de Red.

24. Circuncisión a partir del segundo año de vigencia continua dentro de la colectividad asegurada.

25. Después del cuarto año de vigencia continua como asegurado, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él.

D. EXCLUSIONES.

El contrato contenido en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afectación e intervención expresamente excluidos por enfermedad en esta póliza.

GASTOS DE ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie.
4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.
5. Gastos por gestión administrativa en Hospitales
6. Tratamientos dietéticos y de obesidad.
7. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud o check-up.
8. Anteojos o lentes de contacto.
9. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorios a los zapatos ortopédicos.
10. Dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.
11. Alteración del sueño, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; y en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes y consecuencias.
12. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.
13. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación.
14. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe Nacional.
15. Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado bajo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad.
16. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
17. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado.
18. Servicio militar de cualquier clase o participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
19. Práctica profesional de cualquier deporte.
20. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
21. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencias, entrenamientos, carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.
22. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en planeadores.

CLÁUSULAS GENERALES

1. CONTRATO.

Esta póliza, la colectividad, la solicitud de inclusión y/o bajas de personal Asegurado, los certificados individuales, el registro de Asegurados, las cláusulas y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía Aseguradora, bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de esta póliza.

2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Se entenderá que la colectividad asegurable está constituida por todas las personas que pertenezcan a la que representa el Contratante; de conformidad con lo siguiente:

1. Ministros Jubilados y Ministros en Retiro Anticipado del Poder Judicial de la Federación, así como sus Cónyuges y Viuda(o)s e Hijos dependientes económicos menores de 25 años.
2. Los Magistrados de Circuito y Jueces de Distrito jubilados y/o con retiro forzoso, sus cónyuges, Viuda(o)s e hijos dependientes económicos hasta 25 años de edad o incapaces sin límite de edad, siempre y cuando los titulares cumplan con los requisitos de edad y antigüedad establecidos en el Acuerdo General 28/2005 del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que regula el Plan de Pensiones Complementarias de Magistrados de Circuito y Jueces de Distrito.
3. Magistrados de Circuito y Jueces de Distrito (incluyendo a su cónyuge e hijos menores de 25 años) que causen baja por incapacidad total y permanente, siempre que tal circunstancia sea diagnosticada por el ISSSTE.
4. Así como a los beneficiarios del Magistrado de Circuito o Juez de Distrito que fallezca durante el ejercicio de su cargo, entendiéndose como beneficiarios a:
 - I. El cónyuge supérstite del funcionario siempre y cuando no contraiga nuevo matrimonio, entre en concubinato o dependa económicamente de otra persona; circunstancias que podrán ser verificadas en cualquier momento por el Contratante, y
 - II. Los hijos menores de 25 años de edad o incapaces de los funcionarios en mención, sin límite de edad.

La colectividad asegurada la integran los miembros de la colectividad asegurable que el Contratante reporte con dicho estatus a la aseguradora.

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre del **2011** hasta las doce horas del 31 de diciembre del **2014**. Deberá emitirse un certificado de pólizas y tarjetas, así como la demás documentación en forma anual.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las condiciones generales y las cláusulas generales de la póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía Aseguradora. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía Aseguradora, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. NOTIFICACIONES.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a la Compañía Aseguradora por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que la Compañía Aseguradora haga al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al último domicilio legal de que tenga conocimiento.

6. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, 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 Compañía 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 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 sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante, Asegurado o de la Compañía Aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio a la venta, fijado por el Banco de México, vigente para la moneda y la fecha en que se erogaron dichos gastos.

8. ALTAS DE ASEGURADOS.

Mientras esté en vigor la póliza, la Compañía Aseguradora incluirá bajo la

protección de la misma, con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía Aseguradora, indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada.

Causarán alta en esta póliza, las personas que posterior a la celebración del presente contrato ingresen a la colectividad asegurada, obligándose el Contratante a comunicarlo por escrito a la Compañía Aseguradora dentro de los 90 días naturales siguientes a la baja por jubilación, retiro forzoso y/o incapacidad total y permanente del Asegurado Titular en el Consejo de la Judicatura Federal.

La Viuda(o) e hijos solteros dependientes económicos menores de 25 años de edad podrán ser dados de alta dentro de los 90 días naturales siguientes a la muerte del Asegurado Titular, notificándolo por escrito a la Compañía Aseguradora.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la póliza, la Compañía Aseguradora cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes, calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso hasta el vencimiento de la vigencia del contrato póliza.

Toda persona que dentro de los noventa días naturales siguientes a aquél en que formando parte de la colectividad asegurable de esta póliza no sea reportada por el Contratante para formar parte de la colectividad asegurada mediante la misma, iniciará su vigencia con la fecha de solicitud a la Compañía Aseguradora, sin que se le reconozca la antigüedad que tuviere con otra póliza.

Si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el Cónyuge podrá formar parte de la colectividad asegurada desde la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a la Compañía Aseguradora dentro de los noventa días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho. De no haber sido notificado dentro de ese período, la cobertura dará inicio hasta que el Cónyuge sea dado de alta.

9. BAJAS DE ASEGURADOS.

Causarán baja de ésta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a comunicarlo por escrito a la Compañía Aseguradora, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la notificación o muerte.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la póliza, la Compañía Aseguradora devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

Causarán baja el cónyuge supérstite, así como sus dependientes económicos (hijos menores de 25 años de edad solteros) que contraigan matrimonio durante la vigencia de la presente póliza.

10. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y LA COMPAÑÍA ASEGURADORA RESPECTO A MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS.

I. DEL CONTRATANTE.

a) Dar de alta en el seguro a todas aquellas personas que, en el momento de la expedición de la póliza, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de iniciación de esta cobertura reúnan dichos requisitos.

b) Comunicar a la Compañía Aseguradora de las separaciones definitivas de miembros de la Colectividad Asegurada.

Todos los movimientos anteriores se deberán comunicar a la Compañía Aseguradora dentro de los noventa días naturales siguientes en que éstos ocurran. De lo contrario, la Compañía Aseguradora reconocerá los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de ella.

II. DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

a) Entregar reporte mensual de la Siniestralidad al Contratante impreso y en medio magnético, dentro de los primeros quince días naturales de cada mes.

b) Generación de reportes de siniestralidad y conciliaciones de cobranza mensuales, semestrales y anuales de la población asegurada dentro de los primeros quince días naturales de cada mes.

c) La Compañía Aseguradora se compromete a que la base de datos inicial que le entregue la parte Asegurada y que comprenderá la población general y asegurados, deberá mantenerse actualizada durante la vigencia de la póliza y servirá de base para la expedición de certificados y credenciales.

d) Entregar el Directorio de Hospitales y Médicos en convenio actualizado, semestralmente.

11.

EDAD.

Para efecto de este contrato, las edades límites de aceptación y renovación son:

a) Asegurados Titulares y Cónyuges sin límite.

b) Hijos del Asegurado Titular, desde el nacimiento hasta los 24 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el Asegurado cumpla los 25 años de edad. Hijos incapaces del Asegurado Titular sin límite de edad.

Para comprobar la edad del Asegurado, la Compañía Aseguradora podrá solicitarle en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que la Compañía Aseguradora tenga la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si la edad de algún Asegurado estuviese fuera de los límites fijados para este contrato, quedará nulo el certificado individual que lo ampara. La Compañía Aseguradora reintegrará el cien por ciento de la prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo que falte para la

terminación de la vigencia de la póliza. Esta acción se podrá llevar a cabo a partir del momento en que la Compañía Aseguradora tenga conocimiento del hecho.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, la Compañía Aseguradora estará obligada a reembolsar el cien por ciento de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese Asegurado y el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad real.

Si se hubiese pagado una prima inferior a la que correspondía a la edad real de algún Asegurado, la Compañía Aseguradora sólo estará obligada a cubrir el equivalente de la suma asegurada en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa para su edad real, en la fecha de celebración del contrato.

12. RESIDENCIA.

Para efecto de este contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

13. PRIMAS.

La prima básica de los Asegurados (titulares, cónyuges, Viuda(o)s, hijos menores de 25 años) se determinará en función de la suma asegurada de cada uno, y queda a cargo del contratante el pago en la forma convenida.

Las primas para incrementar la suma asegurada (Potenciación) correspondientes a los Asegurados Titulares y, en su caso, la de su cónyuge, Viuda(o) y/o hijos solteros dependientes económicos menores de 25 años de edad, así como la de los hijos incapaces de 25 años y mayores, contratadas por el Asegurado Titular de manera voluntaria, serán cubiertas por éste, quien efectuará su pago en forma anual mediante depósito bancario a nombre de la Compañía Aseguradora.

La suma asegurada básica del titular o, en su caso, la suma asegurada potenciada que contrate, será la misma para el titular, su cónyuge, Viuda(o) y/o hijos solteros dependientes económicos menores de 25 años de edad, así como la de los hijos incapaces de 25 años y mayores.

14. PERIODO DE GRACIA.

Se gozará de un lapso de treinta días naturales a partir del aviso de cobro y conciliación respectiva para liquidar el total de la prima pactada.

15. REHABILITACIÓN.

No obstante lo dispuesto en la cláusula 13. PRIMAS, el Contratante podrá dentro de los 30 días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso; por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día que surta efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía Aseguradora ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato, a prorrata, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía Aseguradora, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que emita con posterioridad a dicho pago.

16. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACION.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto, el Asegurado liquidará el deducible y coaseguro cuando así corresponda, dependiendo de la enfermedad de que se trate y del sistema de pago de Indemnización utilizado.

17. PAGO DE RECLAMACIONES.

La Compañía Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos titulados y enfermeras tituladas, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en Hospitales debidamente autorizados.

La Compañía Aseguradora se compromete a que en el término de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, establecerá convenios con hospitales en aquellos lugares en donde no se tiene, siempre y cuando el o los proveedores contactados para dichos convenios acepten establecerlos. Mientras tanto, durante el periodo de su establecimiento, la cobertura se amparará de la siguiente forma:

Si dentro de esos 30 días un Asegurado llegare a requerir de los servicios médicos de una institución hospitalaria, en los términos amparados por la póliza, que no se encuentre en convenio en la Red Médica con la Compañía Aseguradora, ésta compañía se compromete a coordinar el pago directo de las erogaciones que se generen a cargo del asegurado, siempre y cuando el hospital y o médicos acepten sus políticas de pago directo. Para tales efectos, la Compañía Aseguradora se comunicará y establecerá con la institución hospitalaria que atienda al asegurado, el pago de estos gastos, sin la aplicación de deducible ni coaseguro, en un plazo no mayor de 24 horas hábiles contadas a partir del momento en que el asegurado haga la notificación correspondiente a la Coordinación Red Médica Nacional de esa Institución y en el entendido de que los gastos se encuentren dentro del tabulador de hospitales y/o médicos que tenga pactado la Compañía Aseguradora con otras Instituciones

y/o médicos. En caso contrario la reclamación será canalizada bajo el esquema de reembolso establecido en la póliza.

No se hará por parte de la Compañía Aseguradora pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

Las reclamaciones tramitadas en el Distrito Federal y su Área Metropolitana, serán liquidadas en el curso de los siete días hábiles siguientes a la fecha en que la Compañía Aseguradora o persona autorizada por la Compañía Aseguradora reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización. Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realice en el interior de la República, el plazo máximo no excederá de diez días hábiles. En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito, la Compañía Aseguradora pagará una penalización de \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) por día de retraso.

18. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los sistemas de pago previstos son:

a) PAGO DIRECTO.

El Sistema de Pago Directo procede en los casos que se indican a continuación, siempre que el asegurado requiera atención médica o ingrese a un hospital, obtenga los servicios de médicos y hospitales.

I. PROGRAMACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

Trámite: La programación de cirugías deberá llevarse a cabo con cinco días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en el que la Compañía Aseguradora valorará la intervención y/o el tratamiento y otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que debe entregar en el área de admisión del Hospital y al médico tratante.

En el caso de que se trate de un médico que no pertenezca a la Red Médica, pero que, haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio para el mismo procedimiento médico, deberá expresarlo y avalar con su firma autógrafa en la solicitud de cirugía programada.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite: El beneficio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al Hospital bajo convenio, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación del seguro y/o certificado individual.

El beneficio también operará en el pago de honorarios médicos, en caso de Hospitalización, siempre que el médico tratante tenga convenio con la Compañía Aseguradora o aún no perteneciendo a la misma, haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o del Médico Tratante, la Compañía Aseguradora por conducto de un médico supervisor, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte de la Aseguradora, en un plazo no mayor a 24 horas a partir del ingreso del Asegurado al Hospital.

La Compañía Aseguradora podrá nombrar un médico para verificar en el Hospital en que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

En cualquiera de los dos procedimientos anteriores, cuando el médico tratante no pertenezca a la Red, será responsabilidad del Asegurado requisitar la firma de conformidad del Médico, en el formato de aceptación del monto de los honorarios que la Compañía Aseguradora cubrirá de acuerdo al tabulador de médicos en convenio para el mismo procedimiento médico. El formato deberá requisitarse para cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales la Compañía Aseguradora deberá cubrir sus honorarios.

APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO.- En toda reclamación que sea autorizada por los Sistemas indicados con anterioridad, con Hospitales, médicos de la Red Médica y Médicos que no siendo de convenio acepten los tabuladores, el Asegurado no pagará deducible y coaseguro, salvo los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su consulta o egreso del Hospital, según sea el caso.

B) REEMBOLSO

Si el asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de hospitales y/o médicos, se le indemnizarán mediante reembolso dentro de los términos y condiciones de la póliza, aplicando además el deducible y coaseguro indicados en la carátula de la póliza y/o endosos.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través del sistema de reembolso, el asegurado deberá comprobar a la compañía aseguradora la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. Formato de Declaración del Reclamante debidamente requisitado y firmado.
2. Formato de Declaración del Médico Tratante debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
3. Facturas originales que satisfagan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan erogado.

- 4 Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de la receta médica correspondiente o copia fotostática de ésta cuando se trate de medicamentos controlados, especificando cada uno de los medicamentos comprados.
- 5 Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.
En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento o éste no aparezca mencionado en el formato de Declaración del Médico Tratante, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.
6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
7. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

Los cheques resultantes de los trámites de reembolso de un asegurado titular que haya fallecido se pagarán a su cónyuge o concubina(o) en primera instancia, en segunda a sus hijos mayores de edad asegurados en su póliza y al no contar con nadie asegurado a los designados mediante testamento o juicio de lo familiar.

APLICACION DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO.- En toda reclamación inicial que se realice por el Sistema Reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierta, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible, además del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él. El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en la carátula de la presente póliza y/o certificado individual y/o tarjeta de identificación expedida por la Compañía Aseguradora.

ACCIDENTES Y EMERGENCIAS MÉDICAS.

ACCIDENTE.- Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto, se elimina el pago del deducible y del coaseguro, si la atención médica se realiza dentro de los primeros noventa días naturales de ocurrido el mismo.

EMERGENCIA MÉDICA.- Cuando el Asegurado haya erogado gastos por una emergencia médica y éstos se hubieran efectuado durante el período de estancia en el Hospital por dicha emergencia, se eliminará el coaseguro de los gastos derivados de la emergencia, en caso de que la reclamación sea procedente.

CUANTIA DEL REEMBOLSO.- La cantidad que la Compañía Aseguradora pagará al Asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza, endosos y/o condiciones generales.

A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro de acuerdo con el porcentaje establecido en la carátula de la póliza y las condiciones de la misma.

El deducible se aplicará una sola vez por cada enfermedad cubierta y el coaseguro se aplicará por cada reclamación.

C) PAGO MIXTO.

El sistema de pago mixto operará en todos aquellos casos en que una parte de los gastos generados por el Asegurado en virtud de atención médica o ingreso a un hospital, serán liquidados por la Compañía Aseguradora y la otra parte, mediante reembolso, con sujeción a los términos estipulados en las DEFINICIONES de esta póliza y en los incisos a) y b) descritos con anterioridad.

El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en la carátula y/o certificado individual y/o tarjeta de identificación expedida por la Compañía Aseguradora.

D) COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por el asegurado en forma posterior a una atención médica o quirúrgica, por un accidente cubierto o enfermedad cubierta que fueron previamente autorizados por la Compañía Aseguradora por pago directo, en estos casos no se aplica deducible ni coaseguro.

E) COMPLEMENTARIO A REEMBOLSO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por el Asegurado en forma posterior al reembolso autorizados previamente por la Compañía Aseguradora en estos casos aplicará únicamente el coaseguro.

19.**REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA.**

En caso de que por algún accidente cubierto o enfermedad cubierta llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

20.**OTROS SEGUROS.**

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros en ésta u otras Compañías Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Compañía Aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito elaborado por la otra Compañía Aseguradora.

21.**COMPETENCIA.**

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir para efectos administrativos a la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Con independencia de lo anteriormente estipulado, para la interpretación y cumplimiento de las obligaciones contenidas en este convenio, el Contratante y la Compañía Aseguradora expresamente acuerdan someterse, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 11,

fracción XX, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, a las determinaciones del Tribunal en Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

22.

INTERÉS MORATORIO.

Si la Compañía Aseguradora no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, de conformidad de acuerdo a lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se efectuará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la Compañía Aseguradora pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de Banca Múltiple del País, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que se presente la mora.

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Compañía Aseguradora estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las Instituciones de Banca Múltiple del País, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que se presente la mora.

III. En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo de interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de la presente cláusula, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que la sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

IV. En todos los casos los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago de intereses correspondiente a la moneda que se haya pactado en la obligación principal conforme a las fracciones I y II de la presente cláusula y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

23.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en las fechas de determinación indicadas en esta póliza o antes si el Contratante así lo solicita.

24.**PARTICIPACIÓN EN UTILIDADES.**

El Contratante podrá participar en las utilidades que obtenga la Compañía Aseguradora en este seguro al vencimiento del aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% de la prima menos los siniestros ocurridos del ejercicio en los que se incluirá la reserva por siniestros ocurridos no reportados.

Utilidades, deberá ser sobre todas las primas pagadas.

El dividendo se otorgará a favor del contratante, tanto el resultado de la cobertura básica, así como el de los seguros adicionales.

La participación de utilidades será aplicable para todas las partidas.

25.**CARPETA DE PRESENTACION.**

La Compañía Aseguradora se compromete a entregar a las instancias Contratantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y del Consejo de la Judicatura Federal una carpeta por Asegurado, que contenga cuando menos:

1. El Certificado
2. La credencial que identifique a cada uno de los asegurados.
3. Guía rápida de bolsillo.
4. Condiciones generales y definiciones.
5. Guía de reclamaciones.
6. Los formatos convenidos entre la Compañía Aseguradora y el Contratante.

La carta cobertura emitida por la Compañía Aseguradora tendrá vigencia desde el inicio del periodo de la póliza y hasta que sea entregada la póliza correspondiente. Durante dicho periodo las coberturas que ampara la póliza se harán efectivas con la sola presentación de una identificación oficial vigente con fotografía.

26.**COBERTURAS ADICIONALES.**

- 1) Cobertura Internacional. Se refiere a cobertura en el extranjero.

La Compañía Aseguradora pagará los gastos médicos ocurridos en el extranjero, a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto por la presente póliza.

La suma asegurada, el deducible, el coaseguro y monto por intervención quirúrgica serán los mismos contratados que para la cobertura básica.

Esta cláusula opera únicamente para Asegurados que viven en la República Mexicana.

Los Gastos Cubiertos y las Exclusiones son los mismos que contempla la cobertura básica, con excepción de los gastos por habitación que se pagarán de acuerdo a la tarifa correspondiente a cuarto semiprivado.

La Compañía Aseguradora pagará la reclamación en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio a la venta estipulado por el Banco de México para esa moneda considerando como fecha aquella en que se hayan erogado los gastos.

- 2) Cobertura de Gastos Funerarios

Si durante la vigencia de esta póliza el Asegurado Titular Jubilado fallece, la Compañía Aseguradora pagará la suma asegurada contratada para este beneficio.

En caso de existir alguna reclamación de los gastos funerarios con respecto a la suma asegurada establecida, el importe se pagará únicamente al beneficiario designado, y a falta de éste, a la sucesión legal del Asegurado.

La suma asegurada por persona será reembolsable hasta por la cantidad de \$20,000.00 (Veinte mil pesos 00/100 M.N.) I.V.A. incluido.

El término "por persona" se refiere a "por asegurado titular".

Este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Al concluir la vigencia de la póliza.
- b) Al fallecimiento del Asegurado Titular Jubilado; es decir Ministro, Magistrado o Juez.
- c) Al efectuar la Compañía Aseguradora el finiquito del total de los gastos presentados por el beneficiario designado, hasta por la suma asegurada.

Para el pago de indemnizaciones de la cobertura de gastos funerarios para asegurados titulares jubilados se entregarán a la compañía de seguros copia simple de las designaciones de beneficiarios.

SUBPARTIDA 1.3.1

COBERTURAS ADICIONALES

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MINISTROS, MAGISTRADOS Y
JUECES JUBILADOS DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.**

1.3.1 COBERTURAS ADICIONALES

Estas coberturas deberán ser obligatoriamente cotizadas de conformidad con el ANEXO 6. Las cuales serán adjudicadas de conformidad con el punto 4.4 CRITERIOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE CONTRATOS de las presentes bases.

1.3.1.1 Tratamientos oftalmológicos

Para los tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia, y similares, siempre y cuando el número de dioptrías sea igual o mayor a 3 dioptrías por padecimiento y por cada ojo. Se otorgará por única vez durante la vigencia de la póliza independientemente si el gasto fue en uno o en ambos ojos.

Esta cobertura se otorga al Asegurado Titular y sus beneficiarios hasta la suma asegurada de \$15,000.00.

1.3.1.2 Padecimientos Congénitos

Se solicitará en el procedimiento de licitación que se cubran los padecimientos congénitos del Asegurado, cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento se manifiesten durante la vigencia del contrato.

1.3.1.3 Tratamientos Dentales

Para el caso de enfermedad por tratamientos dentales, alveolares o gingivales se cubrirán los gastos erogados hasta una suma asegurada de \$10,000.00, con aplicación de deducible obligatorio.

1.3.1.4 Obesidad Mórbida

Se excluyen tratamientos sobre la anorexia, bulimia, dietéticos y de obesidad, así como sus complicaciones; *salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual estará cubierta.*

1.3.1.5 Coaseguro

Eliminación del pago de coaseguro en todos los casos.

1.3.1.6 Reinstalación Automática de Suma Asegurada.

Para el caso de accidentes, enfermedad y/o nuevos padecimientos en los que se agote la suma asegurada, ésta se reinstalará sucesivamente para continuar cubriendo el siniestro de que se trate, hasta la terminación de la vigencia de la presente póliza.

1.3.1.7 Mecanismo para la exención de depósito hospitalario.

La aseguradora deberá garantizar un convenio en el que los asegurados al momento de ingresar al hospital exenten el depósito del ingreso hasta las primeras 24 horas siguientes a su internamiento, tiempo en que la aseguradora, en caso de que el evento sea procedente entregue la carta de pago al hospital, o en el supuesto de que el evento no sea procedente con la aseguradora, el asegurado deberá realizar las acciones conducentes.

POBLACIÓN ASEGURADA
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MINISTROS, MAGISTRADOS Y
JUECES JUBILADOS DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.

(SCJN y CJF)

POBLACIÓN S.C.J.N.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MINISTROS,
MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.3)

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	TOTAL
0-19	F	0	0	0	0
20-24	F	0	0	1	1
25-29	F	0	0	0	0
30-34	F	0	0	0	0
35-39	F	0	0	0	0
40-44	F	1	0	0	1
45-49	F	0	0	0	0
50-54	F	0	0	1	1
55-59	F	0	1	0	1
60-64	F	1	6	0	7
65-69	F	1	6	0	7
70-74	F	5	2	0	7
75-79	F	3	3	0	6
80-84	F	4	2	0	6
85-89	F	2	0	0	2
90-94	F	0	0	0	0
95-99	F	0	0	0	0

Total Sexo Femenino	17	20	2	39
----------------------------	-----------	-----------	----------	-----------

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	TOTAL
0-19	M	0	0	1	1
20-24	M	0	0	0	0
25-29	M	0	0	0	0
30-34	M	0	0	0	0
35-39	M	0	0	0	0
40-44	M	0	0	0	0
45-49	M	0	0	0	0
50-54	M	0	0	0	0
55-59	M	0	0	0	0
60-64	M	4	0	0	4
65-69	M	4	0	0	4
70-74	M	4	1	0	5
75-79	M	3	0	0	3
80-84	M	4	0	0	4
85-89	M	1	1	0	2
90-94	M	5	0	0	5
95-99	M	1	0	0	1

Total Sexo Masculino	26	2	1	29
-----------------------------	-----------	----------	----------	-----------

Total	43	22	3	68
--------------	-----------	-----------	----------	-----------

POBLACIÓN CJF

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MINISTROS,
MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.3)

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	TOTAL
0-19	F	0	0	6	6
20-24	F	0	0	5	5
25-29	F	0	1	0	1
30-34	F	0	0	0	0
35-39	F	0	0	0	0
40-44	F	1	0	0	1
45-49	F	1	2	0	3
50-54	F	2	1	0	3
55-59	F	6	8	0	14
60-64	F	7	12	0	19
65-69	F	11	11	0	22
70-74	F	10	15	0	25
75-79	F	17	5	0	22
80-84	F	5	7	0	12
85-89	F	5	0	0	5
90-94	F	2	0	0	2
95-99	F	1	0	0	1

Total Sexo Femenino	68	62	11	141
----------------------------	-----------	-----------	-----------	------------

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	TOTAL
0-19	M	0	0	6	6
20-24	M	0	0	5	5
25-29	M	0	0	0	0
30-34	M	0	0	1	1
35-39	M	0	0	0	0
40-44	M	0	0	2	2
45-49	M	1	0	0	1
50-54	M	1	1	0	2
55-59	M	3	0	0	3
60-64	M	3	0	0	3
65-69	M	8	1	0	9
70-74	M	22	1	0	23
75-79	M	21	0	0	21
80-84	M	9	0	0	9
85-89	M	7	0	0	7
90-94	M	2	1	0	3
95-99	M	1	0	0	1

Total Sexo Masculino	78	4	14	96
-----------------------------	-----------	----------	-----------	-----------

Total	146	66	25	237
--------------	------------	-----------	-----------	------------

SUBPARTIDA 1.4

**CONDICIONES DEL SEGURO VOLUNTARIO
DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA
FAMILIARES DE LOS SERVIDORES
PÚBLICOS EN ACTIVO DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.**

(SCJN-CJF-TE)

SUBPARTIDA 1.4 SEGURO VOLUNTARIO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación del Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de Servidores Públicos en Activo del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

De acuerdo a las especificaciones técnicas que se señalan en:

Condiciones Generales del Seguro de Gastos Médicos para Familiares de Servidores Públicos en Activo del Poder Judicial de la Federación.

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. La propuesta técnica deberá contener manifestación por escrito firmada por el representante legal, bajo protesta de decir verdad de cumplir de forma cabal con lo solicitado en las Bases, junta de aclaraciones y sus Anexos.
2. Opcionalmente las empresas podrán adjuntar instructivos, manuales, guía rápida, etc., y en su caso los demás aspectos que en su conjunto mejoren, especialicen y actualicen el servicio solicitado, tales como folletería, instructivos de llenado, dípticos del servicio, etc.
3. Las participantes deberán proporcionar Directorio de Prestadores de Servicios en convenio (directorio de Red Médica, tales como hospitales, señalando el nivel de los mismos, médicos en convenio, así como contar con Coordinador Médico y personal administrativo) para la Zona Metropolitana y en las ciudades del interior de la República que a continuación se indican, así como en aquellas en las que en su futuro se requiera.

Acapulco	Agua Prieta	Aguascalientes	Boca del Río	Campeche
Cancún	Ciudad Juárez	Ciudad Obregón	Ciudad Valles	Ciudad Victoria
Celaya	Chetumal	Chihuahua	Chilpancingo	Cintalapa de Figueroa
Coatzacoalcos	Colima	Córdoba	Cuernavaca	Culiacán
Durango	Ensenada	Guadalajara	Guanajuato	Hermosillo
Iguala	La Paz	León	Los Mochis	Matamoros
Mazatlán	Mérida	Mexicali	Monclova	Monterrey
Morelia	Nogales	Nuevo Laredo	Oaxaca	Pachuca
Piedras Negras	Poza Rica	Puebla	Puente Grande	Querétaro
Reynosa	Salina Cruz	Saltillo	San Andrés Cholula	San Luis Potosí
Tampico	Tapachula	Tepic	Tijuana	Tlaxcala
Toluca	Torreón	Tuxpan	Tuxtla Gutiérrez	Uruapan
Veracruz	Villa Aldama	Villahermosa	Xalapa	Zacatecas

4. Las empresas participantes deberán presentar propuesta de los siguientes formatos.

- Multiformato para Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos, Modificación de Suma Asegurada, Cambio de Adscripción, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:

a. DATOS GENERALES.

- Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos (Sumas Aseguradas, Datos Personales, etc).
- Inicio de Movimiento.

b. DATOS DEL SOLICITANTE

- RFC.
- No. de expediente.
- Teléfono
- Póliza No.
- Clave de Adscripción.
- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
- Calle y número.
- Colonia.
- Código Postal.
- Estado.
- Delegación o Municipio.
- Ciudad o Población.

c. DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS .

- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
- Fecha de Nacimiento.
- Sexo.
- Parentesco

5. Una muestra de la póliza del seguro de Gastos Médicos Mayores.

6. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.

a).- *Uso de los Sistemas y Base de Datos:*

- Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las tres instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

La Institución deberá actualizar la base de datos de los Asegurados, la cual enviará por separado y de conformidad a las necesidades de cada Instancia Contratante del Poder Judicial de la Federación.

El sistema para la base de datos de la Institución deberá tener la capacidad para emitir la póliza directamente en el Módulo de Atención ubicado en cada una de las Instancias contratantes.

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, acordarán con la Institución, los campos y tipo de archivo que deberá enviar para la conciliación y la información relativa las prima a cargo del Servidor Público.
- Las conciliaciones de cobranza se llevarán a cabo por cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, conjuntamente con el personal de la Institución ganadora.

c).- Servicios:

- La Institución deberá proporcionar un servicio exclusivo de Centro de Atención Telefónica Gratuito, las 24 horas del día, los 365 días del año; asimismo deberá contar con personal especializado que conozca e informe las condiciones del Poder Judicial de la Federación y que proporcione la atención en caso de algún siniestro.
- La Institución deberá asignar un Ejecutivo de cuenta o un Coordinador para las dos Instancias Administrativas (SCJN, CJF y TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional.
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia, reportes mensuales de siniestralidad, de acuerdo al siguiente formato:

- Número de siniestro.
- Fecha de primer gasto.
- Lugar del siniestro.
- Nombre del paciente.
- Descripción del padecimiento.
- Nombre del hospital o proveedor.
- Suma asegurada con la que se aperturó el siniestro.
- Deducible, y en su caso, coaseguro.
- Importe pagado sin IVA.
- Desglose de IVA.
- Total de pago
- Tipo de pago (inicial o complemento, en su caso que número es).

7. Entrega de las Pólizas:

- La Institución entregará las pólizas del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Familiares de Servidores Públicos en Activo del Poder Judicial de la Federación, en un

plazo máximo de 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar por cada instancia Administrativa, clasificadas alfabéticamente.

10. La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas de Seguro de Gastos Médicos Mayores para Familiares de Servidores Públicos en Activo del Poder Judicial de la Federación.
11. Informar, en su caso, la denominación o lista de Instituciones Reaseguradoras que apoyarán la oferta.

SUBPARTIDA 1.4

**CONDICIONES DEL SEGURO
VOLUNTARIO DE GASTOS MÉDICOS
MAYORES PARA FAMILIARES DE
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**

CONDICIONES GENERALES**DEFINICIONES****1. Asegurado.**

Es la persona física que formando parte de la colectividad asegurada mediante esta póliza, tendrá el carácter de Titular y en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza, así como las personas designadas por el Asegurado Titular que para efectos de la misma designa como su cónyuge (por matrimonio civil o cualquier figura reconocida por la legislación civil) y/o hijos que cumplan con los requisitos de aceptación y que éste determine proteger.

2. Accidente Cubierto.

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando se origine dentro del período de vigencia de la póliza, y que requiera atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen. No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen.

3. Enfermedad Cubierta.

Es toda alteración en la salud del Asegurado debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad que les dio origen.

4. Gasto Médico Mayor.

Son los gastos erogados por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza cuando estos rebasen el importe total del deducible estipulado en la carátula de la póliza, mediante reembolso, pago directo o pago mixto.

5. Enfermedad Congénita.

Es aquella que está desde el nacimiento y se desarrolla durante la concepción y formación del producto.

6. Emergencia Médica.

Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual

requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas.

El cual será cubierto mediante pago directo por "LA INSTITUCION" cuando se trate de Hospital y Médicos de Red o el Médico se ajuste a los tabuladores de "LA INSTITUCION", y derive en hospitalización y en caso contrario "LA INSTITUCION" hará pago de los gastos vía reembolso.

7. Padecimientos Preexistentes.

Es aquella alteración de salud:

- a) Cuyos Síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b) Que se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, y/o
- c) Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o
- d) Por el cual se haya erogado algún gasto para su tratamiento, antes del inicio de la vigencia de la póliza.

El criterio que se tomará para considerar los incisos a) y c) será la existencia de un dictamen médico, en el cual se consta que la enfermedad o el padecimiento tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada asegurado.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de "LA INSTITUCION", en acudir ante un arbitraje privado, previo acuerdo entre ambas partes en términos de la Circular S25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en cuyo caso el árbitro o árbitros serán médicos certificados por el consejo de la especialidad por la cual se realiza la reclamación.

"LA INSTITUCION" acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someta a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por "LA INSTITUCION".

8. Pago de Complementos y/o Colas de Siniestros.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2011, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. Período de Espera.

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua, sin periodos al descubierto, para cada Asegurado, para que "LA INSTITUCION" pueda cubrir los padecimientos establecidos con periodo de espera.

Con la utilización de Médicos de la Red y Hospitales en convenio los padecimientos en los que se indique la posibilidad de la eliminación del periodo de espera por el uso de la Red Médica, gozarán del beneficio quedando cubiertos dichos padecimientos.

10. Reconocimiento de Antigüedad.

Es la permanencia ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores, que no haya tenido periodos al descubierto mayores a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento.

11. Suma Asegurada.

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene "LA INSTITUCION" por cada Asegurado a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto.

Dicho monto se determinará multiplicando el número de salarios indicado en el certificado individual de la póliza por el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal en la fecha que se efectuó el primer gasto de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad cubierta o accidente cubierto no rebasará la suma asegurada contratada.

La suma asegurada se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad llegase a disminuir o agotarse, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada.

La suma asegurada básica será de 379 SMGMVDF y podrá ser voluntariamente incrementada a las opciones de 444, 592, 740, 1000 y 1500 SMGMVDF.

12. Deducible.

Cantidad indicada en el certificado individual de la póliza a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad cubierta por la póliza contratada y de conformidad con las condiciones generales de esta póliza, debido a que en algunos supuestos este puede estar exento.

13. Coaseguro.

Porcentaje especificado en el certificado individual de la póliza, a cargo del asegurado, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible y de conformidad con las condiciones generales de esta póliza, debido a que en algunos supuestos este puede estar exento.

14. Honorarios Médicos.

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

15. Hospitalización.

Es la estancia continua en un hospital por un periodo mayor a 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

16. Cirugía de Corta Estancia.

Son aquellas cirugías que no requieren hospitalización, es decir, que el paciente ingrese y egrese en menos de 24 horas.

17. Hospital.

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos y/o accidentados.

18. Cuarto Privado Estándar.

Para efectos de esta póliza se refiere a un cuarto de hospital, con teléfono, televisión y baño privado y cama extra para un acompañante.

19. Red Médica.

Se integra por los Médicos, Hospitales, Farmacias, Laboratorios Clínicos y de gabinete que prestan servicios bajo convenio para "LA INSTITUCION".

Los que son coordinados por "LA INSTITUCION" para el otorgamiento de consultas médicas, atención quirúrgica, atención hospitalaria y de urgencias, así como de laboratorios y de farmacéutica.

20. Coordinación Médica.

Es el área dependiente de "LA INSTITUCION" para otorgar los siguientes servicios:

- Información al Asegurado y sus Dependientes referente al alcance de su póliza.
- Coordinar y dar seguimiento a la atención médica u hospitalaria de un evento y a la prestación de los demás servicios estipulados en esta póliza.

21. Pago Directo.

Sistema de pago mediante el cual "LA INSTITUCION" liquidará directamente al prestador de servicios los gastos realizados por el Asegurado, como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser

atendido por Médicos en convenio y en Hospitales de la Red Médica y que los servicios respectivos sean coordinados a través de "LA INSTITUCION".

También liquidará directamente los gastos a los Médicos que no perteneciendo a la citada red médica acepten mediante firma autógrafa en el formato respectivo, el pago de tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red y los servicios sean autorizados por "LA INSTITUCION", en ambos casos se requiere que el asegurado cuente con su tarjeta de identificación y/o certificado individual.

22. Reembolso.

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien "LA INSTITUCION" no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando en su caso el deducible y coaseguro de conformidad con los supuestos contratados en esta póliza.

El monto máximo susceptible de reembolso de los Gastos Médicos Cubiertos por esta póliza no excederá la suma Asegurada de cada Asegurado.

23. Pago Mixto.

Sistema de pago mediante el cual "LA INSTITUCION" liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. Contratante.

Se constituyen como tal, las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación señaladas en la carátula de la presente póliza como representante legal para efectos del contrato y endosos.

25. Endoso.

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones generales y/o cláusulas generales del contrato y forma parte de éste.

26. Periodo de Gracia.

Es el lapso de treinta días naturales, a partir del aviso de cobro y conciliación respectiva para liquidar las primas que correspondan.

27. Periodo al Descubierto.

Es el lapso posterior en el cual la prima del seguro no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

28. Certificado.

Documento expedido por "LA INSTITUCION" en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre del Asegurado Titular, personas designadas

por el Asegurado Titular y parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, forma de pago, suma asegurada, prima a cargo del Asegurado Titular por el periodo de cobertura, deducible, coaseguro y principales coberturas.

29. Tarjeta de Identificación.

Tarjeta de cada Asegurado, expedida por "LA INSTITUCION" en la fecha de alta al seguro, con las siguientes características: Nombre del asegurado, vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro y datos de identificación de la póliza.

30. "LA INSTITUCION".

La aseguradora.

31. Tabla de I.Q.

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCION" por pago de honorarios médicos quirúrgicos que se especifica en la carátula de la presente póliza y es aplicable en reembolso, pago directo o pago mixto de acuerdo con el sistema de pago escogido por el Asegurado. En esta tabla se determina el porcentaje máximo a pagar por cada padecimiento quirúrgico y por cada una de las modalidades de pago directo o reembolso.

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

“LA INSTITUCION” protege a cada Asegurado durante la vigencia de este contrato y de acuerdo con las condiciones generales, cláusulas generales y endosos del mismo, si a consecuencia directa de una enfermedad cubierta o accidente cubierto el Asegurado incurriera en los gastos que se mencionan en la póliza.

“LA INSTITUCION” pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula y endosos de esta póliza, sin que exista un período máximo de cobertura, siempre y cuando el Asegurado permanezca en la colectividad Asegurada en cada renovación anual de la póliza y se siga efectuando en forma ininterrumpida, terminando la obligación de “LA INSTITUCION” con el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de suceder el siniestro.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas anteriormente en esta póliza, desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2011, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

B. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos aquellos en los que incurra el Asegurado dentro de la República Mexicana, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento, sujetos a lo establecido en la presente póliza y endosos que se agreguen a la misma.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la presente póliza son los siguientes:

1. Gastos de Hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.
2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital.
3. Medicamentos adquiridos para el asegurado dentro o fuera del Hospital, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la factura de la farmacia con la receta. Dichos documentos deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de 39 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal) y de acuerdo a los porcentajes establecidos en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (I.Q.), conforme al padecimiento y

tratamiento en cada caso, este porcentaje es determinado por el área médica de "LA INSTITUCION"; aplicable en reembolso o pago mixto, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

En el caso de pago directo la compañía aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica, hasta el límite arriba señalado.

En el caso de reembolso la compañía aplicará los tabuladores que para efectos tiene contratados con su Red Médica, hasta el límite arriba señalado.

4.1 Los honorarios por consultas o visitas médicas, máximo una diaria por especialidad.

4.2. Los honorarios de ayudantes, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano. Se cubrirán los honorarios de 1° ayudante con el 20% de lo pagado al cirujano y mediante informe médico se justifique, en su caso, la participación del 2° ayudante con el 10% y al instrumentista con el 5% de lo pagado al cirujano.

4.3. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El total de estos conceptos será lo máximo a pagar por "LA INSTITUCION".

5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de 90 turnos, cada turno de 8 horas, los cuales se podrán autorizar de forma discontinua y por lapsos interrumpidos con autorización médica.

6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.

7. Equipo de anestesia y material médico.

8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.

9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubierta.

10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.

11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, aparatos auditivos, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto el límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es, hasta en su caso, la suma asegurada si el evento está cubierto.

12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del Médico tratante.

Cuando el Asegurado sufra un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza y se ponga en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos, no se requerirá de la indicación del médico tratante.

Para la emergencia médica, se cubrirá el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre independientemente de que el evento está cubierto o no; en caso de que el evento no esté cubierto por "LA INSTITUCIÓN" se pagará una única vez, dentro de la vigencia de la póliza el reembolso de ambulancia terrestre.

El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes: Traslado de aeropuerto a aeropuerto cuando el asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza y que por prescripción médica se considere estrictamente necesaria por no poder ser atendido en el lugar que ocurrió éste.

El tipo de ambulancia que se enviará, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, es decir, se proporcionará ambulancia de terapia intensiva, de terapia intermedia o estándar con Médico especialista a bordo o con Médico general, según se requiera.

13. Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad cubierta o accidente cubierto.

14. Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de un trasplante de corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, páncreas, riñón y médula ósea; estos tratamientos son enunciativos no limitativos. Únicamente se cubrirán los gastos médicos originados por las intervenciones quirúrgicas que se practiquen al asegurado receptor, siempre y cuando dicho tratamiento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en esta póliza.

16. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten los estudios correspondientes donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente hasta el límite de la suma asegurada.

17. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente póliza siempre y cuando sea por prescripción médica.

El límite de responsabilidad es hasta la suma asegurada si el evento está cubierto.

18. Se cubren los Padecimientos Preexistentes, según se definen en la póliza, siempre y cuando en un periodo de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento o vigilancia médica y/o que dicho padecimiento no haya sido cubierto por otra compañía aseguradora, o sea considerado como un complemento o cola de siniestro.

19. Los gastos en que incurra el Asegurado, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo, no limitativo. La cobertura será hasta el monto total de la suma asegurada contratada.

Tauromaquia, automovilismo, motociclismo terrestre o acuático, ciclismo, esquí en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yate, etc.) buceo, equitación, charrería, polo, hockey, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, deportes aéreos y similares, velideltismo, boxeo, lucha libre o grecorromana, karate, artes marciales, etc.

20. Quedan cubiertos los procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos de apendicectomía que se manifiesten durante la vigencia de la póliza. El límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es hasta la suma asegurada.

21. Se cubrirán gastos por estudios realizados a posibles donadores tratándose de histocompatibilidad indispensable en los casos de trasplantes de córnea, corazón, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, riñón y/o médula ósea; estos estudios son enunciativos no limitativos; con un máximo de 5 estudios por enfermedad.

22. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

23. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos cubiertos por padecimientos congénitos del asegurado nacido dentro de la vigencia de esta póliza, la cual tuvo su inicio en el año 1999, siempre y cuando se haya notificado a "LA INSTITUCION" sobre el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a su acontecimiento y se haya pagado la prima respectiva; dichos gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo asegurado.

En caso de que el nacimiento ocurra dentro de los primeros 10 meses de cobertura continua de la madre, quedarán cubiertos los gastos mencionados anteriormente.

La suma Asegurada, Coaseguro y Deducible que se aplican, en su caso, son los mismos que los contratados para la Cobertura Básica.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros quedarán cubiertos, excepto aquellos que sean a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido.

24. Gastos originados por parto o cesárea, serán cubiertos a partir del décimo mes de antigüedad en la póliza, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en el procedimiento, los gastos de hospitalización, medicamentos intrahospitalarios y postoperatorios siempre y cuando, éstos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

Como cesárea, se considerará aquella intervención quirúrgica que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño (a) o de la madre.

Dichos procedimientos se cubrirán únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge, Concubina, concubinario o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular, por lo que no quedarán protegidas las Hijas. Cubriéndose éstos a partir del décimo mes de antigüedad en la póliza.

25. Aborto involuntario

Gastos correspondientes a legrado uterino por aborto involuntario, se cubrirán: hospitalización, honorarios médicos y anestesista, medicamentos intrahospitalarios, siempre y cuando, estos últimos, sean prescritos por el médico tratante.

Los honorarios médicos/quirúrgicos así como los gastos hospitalarios se cubrirán hasta una suma asegurada máxima de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

26. Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario:

Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertas hasta por una suma asegurada máxima de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal), esta suma asegurada será independiente a la cobertura de parto, cesárea o aborto involuntario, por lo que una no exentará a la otra. Entendiéndose como tal: erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, placenta acreta, placenta increta, placenta preincreta, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina, várices vulvares o vaginales, embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclampsia, mola hidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembrionario, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

Sólo se cubrirá a la Asegurada cuya edad sea desde los 15 años y hasta los 45 años.

27. Tratamientos médicos o quirúrgicos, de: nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas incluyendo lentes intraoculares y/o anillos intracorneales y la colocación de los mismos y desprendimiento de retina cualquiera que sea su causa, litiasis renal y en vías urinarias, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada.

En caso de que el Asegurado requiera tratamientos médicos o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua se eliminará el periodo de espera y quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica.

28. Circuncisión, se cubrirá una vez transcurrido el segundo año de antigüedad continua de la póliza para cada Asegurado.

29. A partir del cuarto año de antigüedad continua de la póliza para cada asegurado, se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él.

D. SERVICIOS AGREGADOS.

30. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de antigüedad, el inicio de vigencia de la primera expedición de una póliza de Gastos Médicos Mayores de una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura, y en su caso, el periodo descubierto, no sea mayor a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicho condicionamiento, se reconocerá la antigüedad que el asegurado haya tenido con otra Aseguradora, siempre y cuando no exista un periodo en descubierto (sin cobertura) mayor a 30 días naturales, excepto para padecimientos que estén condicionados a antigüedad en el Poder Judicial de la Federación, los cuales deberán cumplir con la permanencia continua en la póliza.

No se dará continuidad ni se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la presente póliza con "LA INSTITUCION" o del correspondiente certificado individual.

Si la documentación con la cual se respalda el periodo cubierto en otra Aseguradora, no se presenta al ingresar a la colectividad asegurada por la presente póliza, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de "LA INSTITUCION".

31. PREEXISTENCIA

Se reconocen los padecimientos preexistentes, siempre y cuando el asegurado no haya estado bajo tratamiento médico 6 meses anteriores a la fecha de contratación de la póliza. Se considerarán padecimientos preexistentes, aquellos que se mencionan en el numeral 7 capítulo DEFINICIONES de esta póliza.

32. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad en el extranjero y requiera de un tratamiento médico de emergencia, la "INSTITUCIÓN" cubrirá el costo del mismo considerando las siguientes condiciones:

- a) Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas para lo cual operará el pago directo.
- b) Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de emergencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de emergencia.
- c) La "INSTITUCIÓN" efectuará el pago de la reclamación de acuerdo a los especificados en la carátula de la póliza.
- d) La suma asegurada es el equivalente en moneda nacional a 50,000 USD con deducible equivalente en moneda nacional a 50 USD, sin la aplicación de coaseguro.
- e) Los gastos erogados en el extranjero que no fueran cubiertos por pago directo serán cubiertos sólo a través del sistema de Reembolso.

E. EXCLUSIONES.

El contrato contenido en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afectación e intervención expresamente excluidos por enfermedad en esta póliza.

GASTOS DE ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS Y/O QUIRURGICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACION:

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie.
4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.
5. Gastos por gestión administrativa en hospitales.

6. Tratamientos dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
7. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud, o check-up.
8. Anteojos, lentes de contacto y lentes externos.
9. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos.
10. Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.
11. Miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo. Tampoco cubre cirugía correctiva por defectos de refracción de cornea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares.
12. Estrabismo del asegurado nacido fuera de la vigencia de la póliza.
13. Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como estado de enajenación mental, de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis y en general cualquier estudio o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico a excepción de aquellas derivados en un accidente.
14. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe nacional.
17. Enfermedades y accidentes que sufra el Asegurado bajo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad.
18. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
19. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado.
20. Riñas o peleas en que participe directamente el Asegurado, siempre y cuando éste haya sido el provocador.

21. Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
22. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
23. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencias, entrenamientos, carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.
24. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en planeadores.
25. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de deportes peligrosos.
26. Complementos vitamínicos, a menos que sean prescritos por el médico tratante para las enfermedades de cáncer e insuficiencia renal, tales como hierro, complejo B, etc.

CLÁUSULAS GENERALES

1. CONTRATO.

Esta póliza, la colectividad, la solicitud de inclusión y/o bajas de personal asegurado, los certificados individuales, el registro de Asegurados y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y "LA INSTITUCION", bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de esta póliza.

2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Se entenderá que la colectividad asegurable está constituida por todas las personas que son familiares de los servidores públicos en activo, sin importar el grado de parentesco que registre como tal el Contratante, a solicitud expresa de los servidores públicos.

La colectividad asegurada la integran los miembros de la colectividad asegurable que aparezcan inscritos en el Registro de Asegurados de esta póliza.

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de **2011** a las doce horas del día 31 de diciembre de **2014**.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las condiciones generales y las cláusulas generales de la presente póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y "LA INSTITUCION". En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por "LA INSTITUCION", carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. NOTIFICACIONES.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a "LA INSTITUCION" por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que "LA INSTITUCION" haga al Contratante y/o Asegurado, las dirigirá al último domicilio legal de que tenga conocimiento.

6. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, 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 INSTITUCION" 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 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 sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7.

MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o Asegurado o de "LA INSTITUCION", se efectuarán en moneda nacional.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo a las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio, para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

8.

ALTAS ASEGURADOS E INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA

Mientras esté en vigor la presente póliza, "LA INSTITUCION" incluirá bajo la protección de la misma con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a "LA INSTITUCION", indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la presente póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada.

Causarán alta en esta póliza, las personas que posteriormente a la celebración del contrato ingresen a la colectividad asegurada, obligándose el contratante a comunicar a la "INSTITUCION". En caso de alta de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, previo llenado del formato de consentimiento para ser asegurado por el interesado, la "INSTITUCION" cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes, calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del aniversario de la presente póliza.

Los asegurados podrán solicitar el incremento de suma asegurada a 444, 592, 740, 1000 o 1500 SMGMVDF dentro de los primeros 30 días naturales de cada año fiscal o a la fecha de su incorporación a la colectividad asegurada, pasado ese tiempo no podrá solicitar el incremento de suma asegurada.

9.

BAJAS ASEGURADOS O DECREMENTO DE SUMA ASEGURADA

Causarán baja de este contrato-póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a comunicarlo por escrito a "LA INSTITUCION", entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Asimismo, causarán baja de este contrato-póliza aquellas personas que hayan dejado de cubrir las primas correspondientes por más de 30 días.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia del contrato-póliza, "LA INSTITUCION" devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

Los asegurados podrán solicitar el decremento de suma asegurada dentro de los primeros 30 días naturales de cada año fiscal, pasado ese tiempo no podrá solicitar el decremento de suma asegurada.

10. OBLIGACIONES "DEL CONTRATANTE" Y LA "INSTITUCIÓN" RESPECTO A MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS.

I. Contratante.

- a) Dar de alta en el seguro a todas aquellas personas que, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de iniciación de esta cobertura reúnan dichos requisitos.
- b) Comunicar a "LA INSTITUCION" las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada.

Todos los movimientos anteriores se deberán comunicar a "LA INSTITUCION" dentro de los sesenta días naturales siguientes en que estos ocurran de lo contrario, "LA INSTITUCION" reconocerá los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de ella.

II. De "LA INSTITUCION"

- a) Entregar reportes de siniestralidad impresa y en medio magnético clasificada por Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación, dentro de los primeros quince días naturales de cada mes.
- b) Generación de reportes de siniestralidad y conciliaciones de cobranza mensuales, semestrales y anuales de la población asegurada dentro de los quince días naturales siguientes de cada mes.
- c) Revisar y conciliar con la Instancia Administrativa la aplicación de la cobranza que le fue entregada por el pago de las primas a cargo del Asegurado, de conformidad al calendario establecido por cada Instancia Administrativa y con las características de ésta.
- d) Entregar mensualmente el directorio de Hospitales y Médicos en convenio actualizados dentro de los primeros quince días naturales de cada mes.

11. EDAD

Para efecto de este contrato las edades límites de aceptación y renovación son:

- a) 85 años de edad.
- b) "LA INSTITUCION" para comprobar las edades asentadas en este contrato-póliza, podrá solicitar en cualquier momento pruebas fehacientes como lo son: acta de nacimiento, credencial de elector, pasaporte, cartilla militar o alguna otra identificación oficial vigente con fotografía. "LA INSTITUCION", una vez que haya solicitado la documentación necesaria para comprobar la edad del asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.
- c) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, "LA INSTITUCION" estará obligada a reembolsar el total de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese asegurado y el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad real.
- d) Si se hubiese pagado una prima inferior que la que correspondía a la edad real o nivel de algún Asegurado, "LA INSTITUCION" sólo estará obligada a cubrir el equivalente de la suma asegurada en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa para su edad real, en la fecha de celebración del contrato.

12.

RESIDENCIA.

Para efecto de este contrato-póliza, sólo podrán quedar protegidas por este seguro las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

13.

PRIMAS.

La prima de los Asegurados se determinará de acuerdo con su edad y sexo, quedando a cargo del Asegurado el pago en la forma convenida por conducto del contratante.

Si el asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado y estará exento de tasa de financiamiento por pagos fraccionados, los pagos podrán ser vía depósito bancario de manera mensual, trimestral, de contado o vía descuento por nómina a cargo del servidor público en activo de conformidad a cada Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación.

"LA INSTITUCION" se compromete a que la base de datos inicial que le entregue la parte asegurada y que comprenderá la población general de asegurados, deberá mantenerse actualizada durante la vigencia de la póliza, incluyendo las altas, bajas y/o modificaciones correspondientes a la vigencia contratada, mismas que servirán de base para la expedición de certificados y credenciales.

Los pagos de las primas con independencia de la forma contratada, serán cubiertos, directamente por el Servidor público.

14. PERIODO DE GRACIA.

Es el lapso de treinta días naturales a partir del inicio de vigencia de la presente póliza o del vencimiento de cada fracción pactada, con que cuenta el Asegurado para pagar la prima.

15. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula 13 PRIMAS, el contratante podrá dentro de los treinta días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha cláusula pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ello si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso; por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día que surta efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago del que se trata el contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, "LA INSTITUCIÓN" ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato, a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, cuyos momentos inicial y terminal se indica al final del párrafo precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a la que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar "LA INSTITUCIÓN", en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que emita con posterioridad a dicho pago.

16. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACION.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto, el asegurado liquidará en su caso el deducible y coaseguro cuando así corresponda, dependiendo de la enfermedad de que se trate y del sistema de pago de Indemnización utilizado.

17. PAGO DE RECLAMACIONES.

"LA INSTITUCION" sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en Hospitales debidamente autorizados.

"LA INSTITUCION" se compromete a que en el término de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza establecerá convenios con hospitales en aquellos lugares en donde no se tiene, siempre y cuando el o los proveedores contactados para dichos convenios acepten establecerlos. Mientras tanto durante el periodo de su establecimiento, la cobertura se amparará de la siguiente forma:

Si dentro de esos 30 días un asegurado llegase a requerir de los servicios Médicos de una Institución Hospitalaria en los términos amparados por la póliza que no se encuentre en convenio con la Red Médica con "LA INSTITUCION", esta compañía se compromete a coordinar el pago directo de las erogaciones que se generen a cargo del asegurado, siempre y cuando el Hospital y/o Médicos acepten sus políticas de pago directo. Para tales efectos "LA INSTITUCION" se comunicará y establecerá con la Institución Hospitalaria que atienda al Asegurado, el pago de estos gastos, sin la aplicación de deducible ni coaseguro, en un plazo no mayor de 24 horas hábiles contadas a partir del momento en que el asegurado haga la notificación correspondiente a la Coordinación de la Red Médica Nacional de "LA INSTITUCION" y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada "LA INSTITUCION" con otras Instituciones y/o Médicos. En caso contrario la reclamación será canalizada bajo el esquema de reembolso establecido en la póliza.

No se hará por parte de "LA INSTITUCION" pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencias o asistencias sociales donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

Las reclamaciones tramitadas en el Distrito Federal y su Área Metropolitana, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que "LA INSTITUCION" o persona autorizada por la Compañía Aseguradora reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización. Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realice en el Interior de la República, el plazo máximo no excederá de doce días naturales.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCION" pagará una penalización de \$100.00 (cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso.

Transcurrido el lapso de un año "LA INSTITUCION" podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico para el pago de reembolsos complementarios por parte de "LA INSTITUCION".

18. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los Sistemas de Pago previstos son:

a) PAGO DIRECTO.

El Sistema de Pago Directo considerado en esta póliza opera, además de los términos estipulados en las DEFINICIONES de la misma, en los casos que se indican a continuación, siempre que el asegurado requiera de atención médica o ingreso a un Hospital y obtenga los servicios de Médicos y Hospitales de la Red Médica o el Médico tratante acepte el pago de acuerdo con el tabulador de médicos en convenio con "LA INSTITUCION", en su caso el deducible deberá ser cubierto por el asegurado directamente en el hospital en el momento del alta del asegurado.

I. PROGRAMACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

Trámite.- La programación de cirugías deberá llevarse a cabo con cinco días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en que "LA INSTITUCION" valorará la intervención y/o tratamiento y otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que debe de entregar en el área de admisión del Hospital y al Médico tratante.

En el caso de que se trate de un Médico que no pertenezca a la Red Médica pero que haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico, deberá expresarlo y avalar con su firma autógrafa en la solicitud de cirugía programada.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite.- El servicio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al hospital bajo convenio, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación del seguro y/o certificado individual y su estancia sea mayor a 24 horas.

El servicio también operará en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante tenga convenio en "LA INSTITUCION" o aún no perteneciendo a la misma haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o del Médico Tratante, "LA INSTITUCION" por conducto de un Médico supervisor, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte de "LA INSTITUCION", en un plazo no mayor de 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a la Aseguradora.

"LA INSTITUCION" podrá nombrar un Médico para verificar en el Hospital en que se encuentre internado, la enfermedad o accidente del Asegurado.

En cualquiera de los dos procedimientos anteriores, cuando el médico tratante no pertenezca a la Red, será responsabilidad del Asegurado requisitar la firma de conformidad del Médico, en el formato de aceptación del monto de los honorarios que "LA INSTITUCION" cubrirá de acuerdo al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento Médico. El formato deberá requisitarse para cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales "LA INSTITUCION" deberá cubrir sus honorarios.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad y que simultáneamente utilicen Hospitales y Médicos de la Red Médica, el Asegurado no pagará deducible y coaseguro, y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a sus honorarios, salvo los gastos no cubiertos de acuerdo a las Condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su consulta o egreso del hospital, según sea el caso.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los

tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

b) REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos mediante reembolso "LA INSTITUCIÓN" le indemnizará aplicando en su caso el deducible y coaseguro correspondiente dentro de los términos y condiciones contratados con la Institución especificados en la caratula de la póliza y/o endosos.

Cuando el Asegurado haya cubierto los gastos procedentes por atención médica u hospitalaria conforme a las coberturas amparadas en la póliza, solicitará en el módulo que para tales fines establezca "LA INSTITUCION" o a través de las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, el pago de la indemnización que corresponda acompañando la documentación respectiva, en caso de que la documentación sea incompleta "LA INSTITUCION" deberá informar en el centro de trabajo del Asegurado en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que la requisiite.

"LA INSTITUCION" cubrirá los gastos reclamados que así procedan mediante cheque o transferencia electrónica, según lo solicite el asegurado, por padecimientos y/o accidentes cubiertos para el área metropolitana dentro de los siguientes doce días naturales contados a partir de la fecha en que se hubiere recibido la reclamación debidamente requisitada por el Asegurado en el módulo antes mencionado o en las oficinas de "LA INSTITUCION" o en las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, o dentro de los doce días naturales siguientes, en el caso de reclamaciones recibidas en dicho módulo del interior de la República.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCION" pagará una penalización de \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA INSTITUCION" la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. Formato de aviso de accidente o enfermedad debidamente requisitado y firmado.
2. Formato Informe Médico debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
3. Facturas originales que satisfagan los requisitos fiscales de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de la receta médica correspondiente o copia fotostática de esta cuando se trate de medicamentos controlados,

especificando cada uno de los medicamentos comprados, señalando que la prescripción médica deberá actualizarse por lo menos cada 6 meses.

5. Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.

En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento o este no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.

7. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

8. LA INSTITUCIÓN se reserva el derecho de solicitar información adicional a la de los puntos anteriores para la correcta evaluación del siniestro.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación inicial que no se haya realizado simultáneamente la atención médica en Hospitales y Médicos de la Red Médica, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, y que se soliciten por el sistema de reembolso, el Asegurado tendrá como obligación en su caso del pago del deducible y coaseguro de conformidad con los supuestos contratados con la Institución.

Accidente.- Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto, y la atención médica se realice dentro de los primeros noventa días naturales de ocurrido el mismo se considerará accidente y se pagarán sin aplicación de deducible y coaseguro, siempre y cuando los gastos derivados de la atención médica rebasen el deducible contratado en esta póliza, transcurridos los noventa días naturales si el padecimiento está cubierto por la póliza se considerará enfermedad aplicando los términos estipulados en la misma.

EMERGENCIA MÉDICA.

Cuando el asegurado haya erogado gastos por una emergencia médica y estos se hayan efectuado durante el periodo de estancia en el hospital por dicha emergencia se eliminará el coaseguro de los gastos derivados de la emergencia, en caso de que la reclamación sea procedente.

Cuántía del reembolso.- La cantidad que "LA INSTITUCION" pagará al Asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza.

2. A la cantidad resultante se descontará en su caso primero el deducible y después en su caso la cantidad por coaseguro, de conformidad con los supuestos contratados en la presente póliza.

3. En su caso, el deducible se aplicará una sola vez por cada enfermedad cubierta de acuerdo a los supuestos contratados con "LA INSTITUCIÓN" y el coaseguro en su caso se aplicará por cada reclamación.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera.

c) PAGO MIXTO.

El sistema de pago mixto operará en todos aquellos casos en que una parte de los gastos generados por el Asegurado en virtud de atención médica o ingreso a un Hospital, serán liquidados mediante pago directo por "LA INSTITUCION" y la otra parte, mediante reembolso, con sujeción en los términos estipulados de esta póliza.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico conveniado de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera.

d) COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por el asegurado en forma anterior y posterior a una atención médica o quirúrgica, por un accidente cubierto o enfermedad cubierta que fueron previamente autorizados por "LA INSTITUCION" por pago directo, aplicando para ello los términos establecidos en la presente póliza.

19. OTROS SEGUROS.

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras Compañías Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Compañía Aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra Compañía Aseguradora.

20. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso (el asegurado) podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Con independencia de lo anteriormente estipulado, para la interpretación y cumplimiento de las obligaciones contenidas en este convenio, el Contratante y "LA INSTITUCION" expresamente acuerdan someterse, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, a las determinaciones del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

21. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA.

En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades.

22. INTERÉS MORATORIO.

Si "LA INSTITUCION" no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, de conformidad a lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se efectuará en moneda nacional al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre obligaciones denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de la Banca Múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que se presente la mora.

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivo denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de Banca Múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que se presente la mora.

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo de intereses moratorios a que aluden las fracciones I y II de la presente cláusula, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que la sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

IV.- En todos los casos los intereses moratorios se generarán por día, de aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago de intereses correspondiente a la moneda que se haya pactado en la

obligación principal conforme a las fracciones I y II de la presente cláusula y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

23. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La vigencia de la cobertura contratada, concluirá en las fechas de terminación indicadas en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes

eventos:

- a) La terminación del contrato por cualquiera de las causas establecidas en las bases de licitación.
- b) La cancelación de la presente póliza a solicitud del contratante.
- c) El término del periodo de gracia antes del pago de la prima completa o de cada una de las fracciones pactadas en el Contrato.

Para el caso de que "LA INSTITUCION" pretenda dar por terminado o concluir el presente contrato póliza anticipadamente, esto solo podrá surtir efecto hasta noventa días naturales después de que se notifique por escrito dicha decisión a la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza.

24. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

En caso de que el Asegurado haga uso de los hospitales de clasificación "A" y no utilice Médicos de la Red Médica de "LA INSTITUCION", independientemente del sistema de pago de indemnización de que se trate, LA INSTITUCIÓN" cubrirá los gastos aplicando un deducible de 2 SMGMVDF y Coaseguro de 20% respecto de los gastos que se generen, independientemente de que se trate de enfermedad o accidente, en caso de que el médico tratante en el pago directo se ajuste al tabulador de la aseguradora se eliminará el deducible y coaseguro.

RELACIÓN DE HOSPITALES TIPO "A"

Distrito Federal	1.-Hospital Ángeles del Pedregal 2.-Hospital Ángeles de las Lomas 3.-Hospital ABC 4.- Hospital ABC Santa Fé
Aguascalientes, Aguascalientes	5.- Central Médico Quirúrgica
Tijuana, Baja California	6.- Hospital Ángeles de Tijuana
Cd. Juárez, Chihuahua	7.- Hospital Ángeles Cd. Juárez
Saltillo, Coahuila	8.- Hospital Muguerza
Torreón, Coahuila	9.-Hospital Ángeles Torreón
León, Guanajuato	10.- Hospital Ángeles de León
Guadalajara, Jalisco	11.- Hospital Real San José de Zapopan 12.- Hospital Ángeles del Carmen
Puerto Vallarta, Jalisco	13.- Hospital Ameri Med
Monterrey, Nuevo León	14.- Hospital Muguerza Monterrey 15.- Hospital San José de Monterrey 16.- Hospital Oca 17.- Hospital Santa Engracia
Puebla, Puebla	18.- Hospital Ángeles Puebla
Querétaro, Querétaro	19.- Hospital Ángeles de Querétaro
Cancún, Quintana Roo	20.- Hospital Galenia de Cancún
Villahermosa, Tabasco	21.- Hospital Ceracom 22.- Angeles Villahermosa
Xalapa, Veracruz	23.- Hospital Ángeles Xalapa

Debido a que el ingreso de asegurados se puede realizar en cualquier momento de la vigencia, limitando su ingreso con lo señalado en la cláusula 2, colectividad asegurable, y toda vez que la mayoría de la población de esta colectividad son menores de edad, en caso de siniestro se cubrirá el pago al padre, madre o tutor del menor.

SUBPARTIDA 1.4.1

COBERTURAS ADICIONALES

**SEGURO VOLUNTARIO DE GASTOS MÉDICOS
MAYORES PARA FAMILIARES DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**

1.4.1 COBERTURAS ADICIONALES

Estas coberturas deberán ser obligatoriamente cotizadas de conformidad con el ANEXO 6. Las cuales serán adjudicadas de conformidad con el punto 4.4 CRITERIOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE CONTRATOS de las presentes bases.

1.4.1.1 Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario

Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertas hasta por una suma asegurada máxima de 50 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal), esta suma asegurada será independiente a la cobertura de parto, cesárea o aborto involuntario, por lo que una no exentará a la otra. Entendiéndose como tal: erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, placenta acreta, placenta increta, placenta preincreta, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina, várices vulvares o vaginales, embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclampsia, mola hidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembriónico, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

1.4.1.2 Tratamientos médicos de la columna vertebral

Tratamientos médicos quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, únicamente adquiridos a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto dentro de la vigencia de la póliza.

1.4.1.3 Edad

Para efecto de este contrato las edades límites de aceptación y renovación son de 87 años de edad.

1.4.1.4 Mecanismo para la exención de depósito hospitalario.

La aseguradora deberá garantizar un convenio en el que los asegurados al momento de ingresar al hospital exenten el depósito del ingreso hasta las primeras 24 horas siguientes a su internamiento, tiempo en que la aseguradora, en caso de que el evento sea procedente entregue la carta de pago al hospital, o en el supuesto de que el evento no sea procedente con la aseguradora, el asegurado deberá realizar las acciones conducentes.

POBLACIÓN ASEGURADA

**SEGURO VOLUNTARIO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE
LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO
DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**

(SCJN, CJF y TEPJF)

POBLACIÓN S.C.J.N.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.4)

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-19	18	24	42
20-24	3	4	7
25-29	5	5	10
30-34	5	6	11
35-39	7	10	17
40-44	5	4	9
45-49	4	2	6
50-54	0	2	2
55-59	1	2	3
60-64	0	1	1
65-69	1	0	1
70-74	0	0	0
75-79	0	1	1
80-84	0	0	0
85-89	0	0	0
90-94	0	0	0
95-99	0	0	0
	49	61	110

POBLACIÓN C.J.F.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.4)

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-19	39	24	63
20-24	6	9	15
25-29	9	18	27
30-34	2	10	12
35-39	5	8	13
40-44	2	6	8
45-49	1	5	6
50-54	3	2	5
55-59	1	1	2
60-64	0	2	2
65-69	0	2	2
70-74	1	0	1
75-79	0	0	0
80-84	0	0	0
85-89	0	0	0
90-94	0	0	0
95-99	0	0	0
	69	87	156

POBLACIÓN TRIBUNAL ELECTORAL**PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO****(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.4)**

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-19	11	17	28
20-24	1	1	2
25-29	3	3	6
30-34	2	1	3
35-39	5	2	7
40-44	2	3	5
45-49	1	0	1
50-54	3	3	6
55-59	0	0	0
60-64	1	0	1
65-69	0	0	0
70-74	0	0	0
75-79	0	0	0
80-84	0	0	0
85-89	11	17	28
90-94	1	1	2
95-99	3	3	6
	29	30	59

SUBPARTIDA 1.5

**SEGURO DE VIDA O INVALIDEZ TOTAL Y
PERMANENTE DEL PODER JUDICIAL DE LA
FEDERACIÓN.
(SCJN-CJF-TE)**

SUBPARTIDA 1.5 SEGURO DE VIDA O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación del Seguro de Vida o Invalidez Total y Permanente del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. La propuesta técnica deberá contener manifestación por escrito firmada por el representante legal, bajo protesta de decir verdad de cumplir de forma cabal con lo solicitado en las Bases, junta de aclaraciones y sus Anexos.
2. Opcionalmente las empresas podrán adjuntar instructivos, manuales, guía rápida, etc., y en su caso los demás aspectos que en su conjunto mejoren, especialicen y actualicen el servicio solicitado, tales como folletería, instructivos de llenado, dípticos del servicio, etc.
3. Las participantes deberán proporcionar Directorio de Servicio (oficinas de servicio, etc.) así como para Zona Metropolitana y en las siguientes ciudades del interior de la República que a continuación se indican, así como en aquellas en las que en su futuro se requiera.

Acapulco	Agua Prieta	Aguascalientes	Boca del Río	Campeche
Cancún	Ciudad Juárez	Ciudad Obregón	Ciudad Valles	Ciudad Victoria
Celaya	Chetumal	Chihuahua	Chilpancingo	Cintalapa de Figueroa
Coatzacoalcos	Colima	Córdoba	Cuernavaca	Culiacán
Durango	Ensenada	Guadalajara	Guanajuato	Hermosillo
Iguala	La Paz	León	Los Mochis	Matamoros
Mazatlán	Mérida	Mexicali	Monclova	Monterrey
Morelia	Nogales	Nuevo Laredo	Oaxaca	Pachuca
Piedras Negras	Poza Rica	Puebla	Puente Grande	Querétaro
Reynosa	Salina Cruz	Saltillo	San Andrés Cholula	San Luis Potosí
Tampico	Tapachula	Tepic	Tijuana	Tlaxcala
Toluca	Torreón	Tuxpan	Tuxtla Gutiérrez	Uruapan
Veracruz	Villa Aldama	Villahermosa	Xalapa	Zacatecas

4. Las empresas participantes deberán presentar propuesta de los siguientes formatos.
 - Multiformato para Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos, Incremento de Suma Asegurada, Cambio de Adscripción y Designación de beneficiarios, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:
 - a. DATOS GENERALES.
 - Altas, Bajas, Modificación de Datos (Sumas Aseguradas, Cambios de Adscripción, Designación de beneficiarios, etc).

- Inicio de Movimiento.

b. DATOS DEL SOLICITANTE

- RFC.
- No. de expediente.
- Clave de Adscripción.
- Nombre, apellido paterno, apellido materno.

c. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS.

- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
- Sexo.
- Parentesco.
- Porcentaje de suma asegurada.

5. Una muestra de un certificado individual de póliza, toda vez que se deberá entregar a cada uno de los servidores públicos cada vez que se realice alta o modificación (incremento o decremento de suma asegurada o actualización de datos de beneficiarios).

6. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.

a).- Uso de los Sistemas y Base de Datos:

Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las tres instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

La Institución deberá actualizar la base de datos de los Asegurados, la cual enviará por separado y de conformidad a las necesidades de cada Instancia Contratante del Poder Judicial de la Federación.

El sistema para la base de datos de la Institución deberá tener la capacidad para emitir la póliza directamente en el Módulo de Atención ubicado en cada una de las Instancias contratantes.

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución el calendario de pago correspondiente a la prima básica a cargo de las instancias, así como las correspondientes a los servidores públicos (descuento por nómina).
- Las conciliaciones de cobranza se llevarán a cabo por cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, conjuntamente con el personal de la Institución ganadora.

c).- *Servicios:*

- La Institución deberá contar con un Centro de Atención Telefónica Gratuito, las 24 horas del día, los 365 días del año; asimismo deberá contar con personal especializado que conozca e informe las condiciones de aseguramiento de la póliza y que proporcione atención en caso de algún siniestro.
- La Institución deberá asignar un Ejecutivo de cuenta o un Coordinador para las tres Instancias Administrativas (SCJN, CJF, TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional.
- La institución deberá proporcionar e instalar a su costo, como mínimo un Módulo de Atención en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, uno en el Consejo de la Judicatura Federal y otro en el Tribunal Electoral, que otorguen servicios de las 9:00 a.m. a las 7:30 p.m.
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia, reportes mensuales de siniestralidad, de acuerdo al siguiente formato:
 - Número de siniestro.
 - Fecha de defunción o de ocurrencia del hecho (dictamen por invalidez, enfermedad terminal o gastos funerarios).
 - Lugar del siniestro.
 - Nombre de titular.
 - Nombre del o los beneficiarios .
 - Número de expediente.
 - Adscripción.
 - Descripción del padecimiento o causa de muerte.
 - Importe pagado.
 - En su caso desglose de ISR
 - Total de pago

7. Entrega de las Pólizas:

En el caso de los certificados de pólizas correspondientes a la Corte y al Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRH y en la CRHyEA.

En el caso del Consejo los certificados correspondientes a la zona metropolitana se entregarán en la DGSP y para el interior de la República, la Institución deberá enviarlas directamente a las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la Dirección General de Servicios al Personal del Consejo de la Judicatura Federal. Las Administraciones y Delegaciones se encuentran ubicadas en las ciudades descritas en el punto 3 del presente anexo técnico.

La Institución deberá realizar una campaña de levantamiento de designación de beneficiarios de los servidores públicos a nivel nacional en un plazo máximo de 60 días hábiles posteriores a la notificación del fallo, debiendo entregar una base de datos de los asegurados y sus beneficiarios, por cada instancia Administrativa, tanto

en medio magnético como copia del formato requisitado por el servidor público correspondiente con sello original de la institución, y tendrá 40 días hábiles posteriores al cierre de dicho levantamiento para entregar de conformidad a las necesidades de cada instancia Administrativa los referidos certificados.

Cabe hacer mención que mientras se termina el levantamiento de designación de beneficiarios y se entreguen los certificados de dicho seguro, la Institución adjudicada pagará en caso de siniestro con una copia certificada por la Instancia Administrativa correspondiente de la designación de beneficiarios que haya establecido el servidor público en el formato que obra en el expediente del trabajador de cada una de las Instancias del Poder Judicial de la Federación.

La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de la póliza de Seguro de Vida o Invalidez total y permanente del Poder Judicial de la Federación.

Informar, en su caso, la denominación o lista de Instituciones Reaseguradoras que apoyarán la oferta.

8. La empresa ganadora deberá entregar debidamente firmada un escrito denominado "capacidad de cumplimiento" en el que bajo protesta de decir verdad, manifiesta que cuenta con la solvencia financiera, entendiéndose por ésta la capacidad de pago de la empresa de cumplir sus obligaciones y los recursos con que cuenta para hacer frente a tales obligaciones.

SUBPARTIDA 1.5

**CONDICIONES DEL SEGURO DE VIDA O
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.
(SCJN-CJF-TE)**

**SEGURO DE VIDA O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
PARA LOS SERVIDORES
PÚBLICOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**

**CONDICIONES GENERALES QUE INTEGRAN EL SEGURO DE VIDA O
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

DEFINICIONES.

Aseguradora

Nombre de la Aseguradora

Asegurados

Los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral), Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo.

Siniestro

Fallecimiento, o incapacidad total y permanente o invalidez.

Cobertura básica

La protección por 40 meses del sueldo básico por fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez.

Cobertura potenciada.

La protección adicional a la cobertura básica por 68 meses para el personal operativo y 40.5 meses o 68 meses en el caso de Mandos Medios y Funcionarios Superiores, de la percepción ordinaria (sueldo básico) por fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez.

Cobertura básica para pensionados

La protección por 18 meses del monto de su pensión mensual que tenía a la fecha de fallecimiento, salvo los ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo quienes serán considerados asegurados.

Cobertura potenciada para pensionados

La protección adicional a la cobertura básica por 22, 39, 56, 73 ó 90 meses del monto de su pensión mensual que tenía a la fecha de fallecimiento.

Consentimiento Individual y designación de beneficiarios

Aceptación del asegurado en el formato que requisitará y en el que designa a sus beneficiarios.

Contrato

Documento jurídico en donde la Aseguradora se obliga mediante una prima a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista.

Contratante

Poder Judicial de la Federación.

Órganos del Poder Judicial de la Federación

Suprema Corte de Justicia de la Nación
 Consejo de la Judicatura Federal
 Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación

Endoso

Documento mediante el cual se establecen condiciones específicas de conformidad con el grupo asegurable que requieren los Órganos, que forma parte del contrato.

ISSSTE

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Incapacidad total y permanente

Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, provocado por un accidente de trabajo en términos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Incapacidad total permanente

La pérdida de facultades o aptitudes de una persona que le imposibilitan para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, de conformidad con la Ley Federal del Trabajo.

Invalidez

Estado físico que se traduce en la pérdida definitiva de la capacidad de trabajo debido a una disminución notable de la salud en la persona ocasionada por una enfermedad física o mental de tipo general por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, en términos

de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

Oficinas en provincia

Instalaciones de la Aseguradora o promotorías en las distintas entidades federativas de la República Mexicana a través de las cuales los asegurados serán atendidos.

Sueldo Básico

Para efectos de este contrato se entenderá por percepción ordinaria la suma del sueldo base y la compensación garantizada en el caso de Mandos Medios y Funcionarios Superiores y compensación de apoyo para el personal del nivel operativo (bruta y mensual).

Pensión

La renta o retiro programado.

Jubilados

Toda persona a la que la legislación laboral le reconozca tal carácter. Jubilados son aquellos trabajadores que se pensionan con cotización de 30 años o más y las trabajadoras que hubieren cotizado con 28 años o más al ISSSTE.

Pensionados

Los pensionados son los trabajadores que tengan pensión por cualquiera de los supuestos establecidos en la Ley del ISSSTE.

Póliza

Número con el que la Aseguradora identificará a los Órganos participantes en el contrato de Seguro.

Prima básica

Costo de la cobertura básica.

Prima potenciada

Costo de la cobertura potenciada.

CLÁUSULAS GENERALES

Primera. Colectividad asegurada

- a) Los servidores públicos, Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo que en virtud de nombramiento legalmente expedido, o acuerdo correspondiente,

cualquiera que sea su edad, sexo u ocupación presten sus servicios a los Órganos participantes.

- b) Los pensionados y jubilados de los Órganos del Poder Judicial de la Federación, cualquiera que sea su edad, sexo u ocupación, excepto aquellos pensionados que gocen de una pensión por invalidez.

Quedan expresamente excluidos de este seguro:

Las personas que prestando sus servicios a favor de cualquiera de los Órganos, perciban sus emolumentos por honorarios.

Segunda. Suma asegurada básica para servidores públicos, Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo

La Aseguradora pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del fallecimiento o de la incapacidad total y permanente o invalidez del asegurado, el monto equivalente a cuarenta veces su sueldo básico al momento de ocurrir el siniestro.

- I. Con motivo del fallecimiento del asegurado, directamente a los beneficiarios designados por él mismo; o
- II. Tratándose de incapacidad total y permanente o invalidez, al propio asegurado. La fecha de siniestro para el caso de incapacidad total y permanente o invalidez será la fecha de baja del Órgano.

El pago del importe total de la mencionada suma asegurada, se realizará en una sola exhibición, directamente a los beneficiarios que haya designado el asegurado o al propio asegurado.

El pago de suma asegurada de la cobertura de vida excluye el de la incapacidad total y permanente y, el de esta última, al primero; salvo en los casos en que el asegurado reingrese a laborar quedará amparado por cualquiera de estos dos eventos (fallecimiento o invalidez).

Tercera. Suma asegurada para pensionados.

La Aseguradora pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del fallecimiento del pensionado o jubilado asegurado, el monto equivalente a dieciocho veces el importe de su pensión mensual al momento de ocurrir el siniestro.

El pago del importe total de la mencionada suma asegurada, se realizará en una sola exhibición, directamente a los beneficiarios que haya designado el asegurado.

Cuarta. Prima básica

De conformidad con el anexo 6.4, las primas se determinarán conforme a lo siguiente:

Prima servidores públicos, Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo

El importe de la prima a pagar durante la vigencia del contrato, por cada asegurado será la cantidad equivalente a ____ de su sueldo básico, y/o haber de retiro y/o pensión que será cubierto por los Órganos, en donde labore o laboró dicho servidor público.

Prima pensionados

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

Quinta. Sueldo Básico y Pensión

El Sueldo Básico y la pensión que servirán de base para determinar el importe de la suma asegurada será la que esté consignada en el respectivo comprobante de pago del asegurado, al momento de ocurrir el siniestro, se identificará con los conceptos 01 (sueldo base) y 32 (compensación garantizada) o 34 (compensación de apoyo, o pensión mensual). La ASEGURADORA, verificará esa percepción con el Tabulador de Sueldos que se encuentre vigente.

Sexta. Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios

Cualquier miembro de la colectividad asegurada deberá requisitar el formato de consentimiento para ser asegurado y deberá hacer designación de beneficiarios, mediante el formato establecido en el presente contrato el cual deberá entregar al Órgano que corresponda; en caso de no hacerlo, no será responsabilidad para el Órgano o para la Aseguradora, cuando suceda un siniestro. En el supuesto de que no hubiere un consentimiento firmado, se considerará que no existe designación de beneficiarios y se procederá conforme a lo establecido en la legislación aplicable.

Como excepción a lo anterior, cuando ocurra el fallecimiento del asegurado y no exista designación de beneficiarios; cuando fallezcan los beneficiarios al mismo tiempo o con anterioridad al asegurado o cuando fallezca el asegurado una vez iniciado el trámite para el pago de la suma asegurada relativa a la cobertura de incapacidad total y permanente o invalidez, la aseguradora desahogará la "Acreditación de Beneficiarios", siempre y cuando, el asegurado no haya elaborado testamento, la suma asegurada no rebase las 400 veces el salario mínimo general mensual vigente para el D.F. y área metropolitana y el parentesco de los reclamantes sea de cónyuge, hijos o padres sujetándose en todo momento a lo establecido en el Código Civil Federal en lo que respecta a la sucesión testamentaria. Dicho beneficio también es aplicable al beneficiario designado, en el supuesto que falleciera con posterioridad al asegurado y no hubiera hecho efectivo el derecho al cobro del seguro. Este beneficio es aplicable tanto para la suma asegurada básica y, en su caso, a la de potenciación.

El servidor público requisitará el formato denominado "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios", establecido en el presente contrato. El cual será autocopiable en 2 tantos; el original se entregará a la Aseguradora a través del Órgano correspondiente, la primera copia se integrará al expediente personal del servidor público y la segunda copia se entregará al asegurado.

El original y las copias contarán con el sello original del Órgano. En caso de fallecimiento, la Aseguradora pagará conforme a la última designación de beneficiarios que haya recibido.

El asegurado podrá hacer cambio de beneficiarios en cualquier momento, para lo cual deberá requisitar nuevamente el formato denominado "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios" y entregarlo en el área correspondiente de cada Órgano, para que a su vez la copia correspondiente sea remitida a la Aseguradora para su resguardo. En caso de no hacerlo oportunamente y se pague el importe del seguro al último beneficiario del que la Aseguradora haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta. La Aseguradora pagará el importe del seguro al último beneficiario del que tuvo conocimiento.

Cuando no exista beneficiario designado o si éstos fallecen antes o al mismo tiempo que el servidor público asegurado y no exista designación de otro beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario.

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 pacto en contrario.

La designación de beneficiarios otorgada por el servidor público en el consentimiento del Seguro de Vida o Invalidez Total y Permanente, será la que se utilizará para pagar la suma asegurada, tanto de la prima básica como de la prima potenciada.

Séptima. Baja del servicio

Al separarse el servidor público asegurado del servicio activo en el Órgano en que labore, automáticamente causará baja de este seguro, salvo que dicha separación tenga como causa inmediata la pensión del trabajador y desee continuar asegurado, para lo cual deberá pagar el importe de las primas, a través del ISSSTE.

En todo caso, los pensionados que deseen continuar asegurados, quedarán protegidos sólo por el riesgo de fallecimiento, con una suma asegurada equivalente a dieciocho veces el monto de su pensión mensual a la fecha del siniestro.

Este derecho deberá ejercerse a más tardar dentro de los noventa días hábiles siguientes a aquél en que el servidor público cause baja del servicio activo con derecho a pensión.

Octava. Seguro de ex servidores públicos

En caso de separación definitiva de la colectividad asegurada, salvo que dicha separación tenga como causa inmediata la pensión por jubilación, edad y tiempo de servicios; cesantía en edad avanzada; incapacidad total y permanente o invalidez, la persona de que se trate, sin examen médico y por una sola vez, podrá, si así lo desea, continuar protegida pasando a formar parte de la cartera de seguro de vida individual de la Aseguradora, con los beneficios que la Aseguradora y el servidor público acuerden, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos en la misma. Para ejercer este derecho, la persona separada de la colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora dentro de los treinta días hábiles siguientes a su separación.

La suma asegurada contratada por el ex servidor público deberá ser la misma con la que contaba cuando era servidor público; a excepción de que él decida lo contrario, solicitará otra suma asegurada, mayor o menor a la que tenía.

El pago de la prima de este seguro será a cargo del asegurado.

Novena. Pago de suma asegurada

Al ocurrir el siniestro del asegurado, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, el monto de la suma asegurada que corresponda, dentro de los cinco días hábiles para el Distrito Federal y Zona Metropolitana y diez días hábiles en el interior de la República, contados a partir de que la aseguradora reciba la documentación siguiente:

1. Solicitud para el Pago del Seguro de Vida o Invalidez Total y Permanente
2. Acta de defunción certificada por el Registro Civil.
3. Copia del último comprobante de pago.
4. Copia de designación de beneficiarios.
5. Copia de identificación oficial vigente del servidor público.
6. Copia de identificación oficial vigente de los beneficiarios.
7. Copia simple del aviso de baja del PJJ. (se excluye para los Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo y pensionados.
8. Acta de nacimiento, matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil, certificada por el Registro Civil que compruebe el grado de parentesco entre el servidor público y los beneficiarios, cuando así sea el caso.
9. Copia de comprobante de domicilio de los beneficiarios.

En caso de extravío del comprobante de pago, los Órganos o la instancia competente, expedirán al asegurado una constancia que tendrá la misma validez que el comprobante de pago.

En el supuesto de que el asegurado designe a menores de edad, se deberá estar sujeto a lo establecido en la legislación aplicable.

Para el pago de la suma asegurada por incapacidad total y permanente o invalidez del servidor público asegurado, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación anteriormente descrita, a excepción de los documentos descritos en los numerales 2, 4, 6 y 8. Asimismo, deberá entregar copia certificada del dictamen de incapacidad total y permanente, o en su caso, de invalidez, expedido por el ISSSTE.

La fecha de siniestro para el caso de incapacidad total y permanente o invalidez será la fecha de baja del Órgano.

El dictamen emitido por el ISSSTE es inapelable.

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

Anticipo del 10% de suma asegurada por Gastos Funerarios.

La Aseguradora pagará por concepto de anticipo para gastos funerarios, el 10% de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, dentro de los cinco días hábiles siguientes al evento, a la primera persona que siendo designada como beneficiario en la póliza del seguro reclame este beneficio, y que se encuentre registrada como beneficiario en el último formato de esta póliza requisitado por el servidor público.

El beneficiario, deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Solicitud de pago por escrito;
- b) Original y copia del certificado de defunción del asegurado;
- c) Identificación oficial vigente con fotografía y firma del beneficiario;
- d) Designación de beneficiarios;
- e) Copia del último talón de pago que cobró el asegurado, donde se encuentre reflejado el 100% de su sueldo; y
- f) Copia de identificación oficial vigente del servidor público.

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

En caso de extravío del comprobante de pago, los Órganos o la instancia competente expedirán al asegurado una constancia que tendrá la misma validez que el comprobante de pago.

En ningún momento el 10% de anticipo de la suma asegurada podrá ser mayor del porcentaje que le corresponde al solicitante conforme a la última designación de beneficiarios.

Anticipo del 40% de suma asegurada para Enfermedades Terminales.

Se considera como enfermedad en fase terminal todo padecimiento con diagnóstico definitivo, cuyo pronóstico sea fatal o mortal en un lapso de tiempo que puede ser desde unos días hasta un año. Por este beneficio se otorga al asegurado por una sola vez, el anticipo del 40% de la suma asegurada por fallecimiento, para que cuente con el apoyo económico que le ayude a solventar los gastos que se deriven al diagnosticarle una enfermedad terminal.

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

Para los efectos de este contrato, las enfermedades terminales consideradas en este beneficio son:

- a) Cáncer
- b) Insuficiencia cardíaca
- c) Insuficiencia hepática crónica
- d) Insuficiencia renal crónica
- e) Insuficiencia respiratoria crónica

Estas enfermedades son de carácter enunciativo, no limitativo.

Para obtener este beneficio, el servidor público deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Solicitud de pago por escrito;
- b) Dictamen del médico tratante (que cuente con los datos de médico acreditado para ejercer la profesión); mediante el cual se informa sobre la condición médica del servidor público;
- c) Identificación oficial vigente con fotografía y firma del servidor público; y,
- d) Copia del último talón de pago que cobró, donde se encuentre reflejado el 100% de su sueldo.

En caso de extravío del comprobante de pago, los Órganos o la instancia competente expedirán al asegurado una constancia que tendrá la misma validez que el comprobante de pago.

Es importante mencionar que cuando algún Órgano solicite un pago con carácter de urgente, se deberá atender en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas a partir de que la Aseguradora reciba la documentación correspondiente.

En el supuesto de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos anteriormente mencionados, no cumpla con la obligación de pagar la suma Asegurada dentro del plazo legal establecido para su exigibilidad, se estará a lo dispuesto en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Décima. Formas de pago

La Aseguradora pagará al asegurado la suma asegurada, a través de sus centros de servicio o de cada Órgano, por medio de depósito en cuenta, para lo cual el asegurado o el beneficiario deberá presentar una copia del estado de cuenta en donde se identifique la CLABE y el Banco, o a través de cheque, el cual se puede enviar por correo certificado al domicilio del asegurado o beneficiario, o al domicilio de cada Órgano.

Décima primera. Licencias de los servidores públicos

Licencias médicas

Cuando el servidor público en activo se encuentre con licencia médica con goce de medio sueldo o sin goce de él, la prima correspondiente será cubierta por la Aseguradora, incluyendo, en su caso, la de la potenciación de la suma asegurada, siempre y cuando la tuviera contratada el asegurado previamente al inicio de dicha licencia, sin necesidad de que el Órgano o el asegurado tenga que reportar a la Aseguradora dicho periodo de licencia, por lo que continuará protegido por el Seguro de Vida o Invalidez Total y Permanente.

Licencias para el desempeño del cargo de elección popular, por Comisiones Sindicales o de Carácter Personal.

Cuando al servidor público le haya sido concedida alguna de estas licencias tendrá derecho a continuar protegido en el seguro tanto en la cobertura básica como en la potenciación, siempre y cuando lo notifique a la Aseguradora por escrito dentro de los diez días hábiles posteriores a la fecha de otorgamiento de licencia, y pague él mismo el costo de prima básica y, en su caso, potenciada; dicho costo será el que tenía al encontrarse como servidor público, mediante depósito en cuenta de la Aseguradora, para lo cual la misma le proporcionará el número de cuenta en donde tiene que hacer los depósitos.

El pago deberá hacerse dentro de los diez días hábiles siguientes a la solicitud.

Décima segunda. Pagos retroactivos de primas

Siempre y cuando se haya realizado el descuento al servidor público o pensionado correspondiente a la prima básica o, en su caso, potenciada y la Aseguradora argumente no haber recibido dicho pago por parte de los Órganos o ISSSTE, bastará que el servidor público o el pensionado presente ante la Aseguradora su recibo de pago en donde refleje el descuento del seguro para que la Aseguradora acepte el pago retroactivo de las primas adeudadas por parte de los Órganos o ISSSTE.

Décima tercera. Suma asegurada potenciada

No será necesario entregar certificados a cada uno de los asegurados que contraten este beneficio, y para solicitar el pago de la suma asegurada bastará con que se refleje el descuento por este concepto en el recibo de pago de cada asegurado.

Servidores públicos

El Contratante y la Aseguradora convienen que los servidores públicos protegidos por este seguro, podrán hacer aportaciones adicionales de prima con cargo a su salario a través del sistema de nómina, que se aplicarán al incremento de la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez a que se hace mérito en este instrumento.

La protección adicional a la cobertura básica es por 68 meses para el personal operativo y 40.5 meses o 68 meses en el caso de Mandos Medios y Funcionarios Superiores, del sueldo básico por fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez al momento del siniestro.

En el lapso de 90 días naturales, posteriores al inicio de vigencia, la Aseguradora deberá recabar, tanto el formato de consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios como el formato correspondiente en caso de que el servidor público desee potenciar su seguro. En tanto los Órganos no cuenten con esta autorización, no podrán aplicar ningún descuento del sueldo básico del servidor público. Cada Órgano acordará con la Aseguradora el calendario para la recepción de los formatos que esta última recabe.

El descuento será a partir de la siguiente quincena que aplique conforme al calendario de nómina de cada Órgano, en relación con la fecha en que el servidor público firme el documento de autorización.

Los servidores públicos podrán modificar la suma asegurada en cualquier momento durante la vigencia del presente contrato.

Jubilados o Pensionados

La Contratante y la Aseguradora convienen que los pensionados protegidos por este seguro, podrán hacer aportaciones adicionales de prima con cargo a su pensión a través del sistema de nómina, que se aplicará al incremento de la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento a que se hace mérito en este instrumento.

El incremento de suma asegurada para los pensionados podrá ser de 22, 39, 56, 73 ó 90 meses de su pensión mensual al momento del siniestro.

Décima cuarta. Vigencia

El presente contrato tiene una vigencia a partir de las ___ horas del ___ de ___ de dos mil ___ y concluye a las ___ horas del ___ de ___ de dos mil ___.

Décima quinta. Modificaciones al contrato

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se podrán realizar cambios en el contrato que determine la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, sin que esto contravenga lo previsto en el artículo 52 de la Ley.

Para cualquier modificación se requiere la autorización expresa de los Órganos y la Aseguradora.

Décima sexta. Moneda

Todos los pagos relativos a este seguro, ya sean por parte de los Órganos o el asegurado o la Aseguradora, se harán en **moneda nacional**.

Décima séptima. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en el plazo establecido en el 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 ocurrido, 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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido en su favor.

En términos del artículo 68 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 sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Décima octava.- Terminación del contrato de seguro

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en este contrato o antes si se presenta la terminación anticipada del presente contrato a solicitud del Contratante.

Décima novena.- Avisos y notificaciones

Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a los Órganos que estén relacionados con el asunto, por escrito, en su domicilio.

Los que se realicen a la Aseguradora por parte de los Órganos se harán por escrito en el domicilio que se establezca en el presente contrato.

Vigésima .- Competencia

En caso de controversia el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

Con independencia de lo anteriormente estipulado, para la interpretación y cumplimiento de las obligaciones contenidas en este contrato, el Contratante y la Aseguradora expresamente acuerdan someterse, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 11, fracción XX, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, a las determinaciones del Tribunal en Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Vigésima primera. Retención de Impuesto Sobre la Renta a la suma asegurada

Artículo 167, fracción XVI, Ley del Impuesto Sobre la Renta.

Se entiende que, entre otros, son ingresos en los términos de este Capítulo los siguientes:

XVI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios, que no se consideren intereses ni indemnizaciones a que se refiere la fracción XVII del artículo 109 y el artículo 158 de esta Ley, independientemente del nombre con el que se les designe, siempre que la prima haya sido pagada por el empleador, así como las que correspondan al excedente determinado conforme al segundo párrafo de la fracción XVII

del artículo 109 de esta Ley. En este caso las instituciones de seguros deberán efectuar una retención aplicando la tasa del 20% sobre el monto de las cantidades pagadas, sin deducción alguna.

Cuando las personas no estén obligadas a presentar declaración anual, la retención efectuada se considerará como pago definitivo. Cuando dichas personas opten por presentar declaración del ejercicio, acumularán las cantidades a que se refiere el párrafo anterior a sus demás ingresos, en cuyo caso podrán acreditar contra el impuesto que resulte a su cargo, el monto de la retención efectuada en los términos del párrafo anterior.

El presente contrato se firma en la Ciudad de México, Distrito Federal el día ____ de ____ de ____ e inicia su vigencia a las ____ horas del ____ de ____ de 20 ____ y vence a las ____ horas del ____ de ____ de 20 ____.

SUBPARTIDA 1.5.1

COBERTURAS ADICIONALES (NO APLICA)

ANEXO 2

PARTIDA 2

SEGURO DE DAÑOS

PROCEDIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN (SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL Y EL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN), PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2014.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación de los Seguros del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

De acuerdo a las especificaciones técnicas que se señalan en:

SUBPARTIDA 2.1: Seguro de Bienes Patrimoniales del Poder Judicial de la Federación

2.1.1: Coberturas Adicionales (No aplica)

SUBPARTIDA 2.2: Seguro voluntario de casa-habitación propiedad de los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación

2.2.1: Coberturas Adicionales (No aplica)

La población y siniestralidad de las subpartidas antes mencionadas se entregara en disco óptico a los licitantes en la junta de aclaraciones.

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El contrato o los contratos que se deriven de la presente licitación, podrán ser modificados dentro de su vigencia, de así considerarlo el Poder Judicial de la Federación, en términos de su normativa. **(ANEXO 4)**

SUBPARTIDA 2.1

SEGURO DE BIENES PATRIMONIALES DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

SUBPARTIDA 2.1

SEGURO DE DAÑOS PROPIEDAD DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

El Servicio materia de esta contratación, es el Seguro de Daños que se refiere al aseguramiento para cubrir los riesgos que se pudieran presentar en los bienes muebles e inmuebles, valores de su propiedad o bajo su responsabilidad, así como aquellos inherentes a su operación o funcionamiento del Poder Judicial de la Federación.

Para la cotización de daños integrada por 64 inmuebles de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 260 inmuebles del Consejo de la Judicatura Federal, y 11 inmuebles del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, se proporciona relación de los inmuebles, agregada a la carpeta de información en disco magnético.

La vigencia será por tres años a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre del 2011 y hasta las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2014 incorporando al programa de aseguramiento los inmuebles que lleguen a solicitarse durante el transcurso de la vigencia.

SUBPARTIDA 2.1

CONDICIONES DEL SEGURO DE BIENES PATRIMONIALES DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”, PRETENDE CUBRIR LOS RIESGOS A LOS QUE ESTÁN EXPUESTOS LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES Y VALORES DE SU PROPIEDAD O BAJO SU RESPONSABILIDAD, ASÍ COMO AQUELLOS INHERENTES A SU OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO, MEDIANTE LOS SEGUROS DE BIENES PATRIMONIALES.

EL SERVICIO MATERIA DE ESTA CONTRATACIÓN, SE REFIERE AL ASEGURAMIENTO PARA CUBRIR LOS RIESGOS CONTRA EL EFECTO ECONÓMICO ADVERSO, QUE PROVOCA UN ACONTECIMIENTO SÚBITO, ACCIDENTAL, IMPREVISTO, FORTUITO Y CATASTRÓFICO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LAS INSTALACIONES Y EN LOS BIENES DE “EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN” DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN:

DESCRIPCIÓN
<p>PÓLIZA PAQUETE PATRIMONIAL APARTADO 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> I. INCENDIO DE EDIFICIOS II. INCENDIO DE CONTENIDOS III. TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA IV. FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS V. GASTOS EXTRAORDINARIOS VI. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL VII. ROBO Y/O ASALTO VIII. EFECTIVO Y VALORES IX. ROTURA DE CRISTALES X. OBRAS DE ARTE
<p>APARTADO 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> I. PÓLIZA DE EQUIPO ELECTRÓNICO II. PÓLIZA DE CALDERAS Y APARATOS SUJETOS A PRESIÓN III. PÓLIZA DE ROTURA DE MAQUINARIA IV. EQUIPO DE CONTRATISTAS
<p>APARTADO 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. I. PÓLIZA DE TRANSPORTE DE CARGA Y/O BIENES CON DECLARACIÓN MENSUAL DE EMBARQUES “BIENES PATRIMONIALES” 2. II. PÓLIZA DE TRANSPORTE DE CARGA Y/O BIENES CON DECLARACIÓN MENSUAL DE EMBARQUES “MENAJE DE CASA-HABITACIÓN 3. III. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL “TRANSPORTE DE PERSONAS”

APARTADO 4.

I. PÓLIZA PARA CASA-HABITACIÓN DEL FICAJ
"TODO RIESGO DE INCENDIO Y DAÑOS
DIVERSOS"

NOTAS:

A) LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS PRESENTARÁN, LAS CLÁUSULAS DE NO-ADHESIÓN Y DE PRELACIÓN, PARA TODAS Y CADA UNA DE LAS PÓLIZAS, MENCIONANDO SÓLO LAS EXCLUSIONES ABSOLUTAS DE SUS CONTRATOS DE ADHESIÓN.

HACIENDO HINCAPIÉ QUE LAS CONDICIONES ESPECIALES PREVALECEAN SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS.

APARTADOS:

- APARTADO A: Glosario que aplicará en los términos de las Cláusulas de Prelación y de Contratos de No-Adhesión, a todas las Pólizas del Programa Integral de Seguros donde proceda.
- APARTADO B: Convenio de pago en especie
- APARTADO C: Cursos de capacitación en materia de Seguros y/o Administración de Riesgos

PÓLIZA MÚLTIPLE INTEGRAL FORMADA POR LAS SECCIONES DE:

*** INCENDIO y RIESGOS ALIADOS PARA: EDIFICIOS Y CONTENIDOS**

APARTADO 1

INCENDIO: EDIFICIOS, I CONTENIDOS II

1 BIENES CUBIERTOS:

SECCIÓN I.- EDIFICIOS:

Toda propiedad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", siempre y cuando se encuentren dentro de los predios propiedad o tomados en comodato o que estén bajo su responsabilidad, de los que se tenga un interés asegurable y se encuentren dentro de la República Mexicana, así como, aquéllos inherentes a su operación y funcionamiento, tales como a continuación se describen siendo esto enunciativo y no limitativo a: edificios, construcciones, instalaciones, así como adaptaciones, ampliaciones, sótanos, bardas, banquetas, rejas, jardineras, sistemas de seguridad y sus accesorios, las instalaciones de servicios, tales como: agua, clima artificial, protecciones contra incendio, telefonía, suministro eléctrico, alumbrado y gas propiedad o bajo responsabilidad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", edificios terminados que por su naturaleza de su ocupación carezcan total o parcialmente de techos, ventanas o muros macizos, siempre y cuando dichos edificios hayan sido diseñados y/o contruidos para operar a la intemperie. (Excepto cimentación y terrenos).

Se anexa en disco óptico listado de ubicaciones que indica domicilio de los inmuebles, valores y su situación jurídica.

Subpartida 2.1.- Suprema Corte de Justicia de la Nación

Subpartida 2.1.- Consejo de la Judicatura Federal

Subpartida 2.1.- Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación

SECCIÓN II.- CONTENIDOS:

Como contenidos, inventarios, mobiliario y equipo de oficina localizados en los inmuebles propiedad o bajo custodia o tomados en comodato, arrendamiento o que tenga interés asegurable en la República Mexicana, inventarios, contenidos y/o bodegas de materiales y todo tipo de existencias y todo aquello en donde se tenga interés asegurable con relación a los bienes descritos, equipos para seguridad, instrumental médico, existencias en almacén general, obras de arte como contenidos, acervo bibliográfico y/o bienes culturales, equipo y bienes del cuerpo de seguridad y vigilancia, se requiere el aseguramiento de estos bienes resguardados como contenidos en el almacén e igualmente los que se encuentren instalados y en operación, vehículos en calidad de enajenación ya sea usados o en almacenaje, hasta el valor designado, dentro de los inmuebles en propiedad, arrendamiento, comodato, de terceros, bajo custodia o depósito en cualquiera de sus formas de “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” en la República Mexicana.

Bienes que por su propia naturaleza, se encuentran a la intemperie (los bienes que se encuentren a la intemperie son aquellos que están diseñados para estar en estas condiciones, todos ellos se encuentran dentro del predio de los inmuebles a cargo Poder Judicial de la Federación), en jardines, muros de contención y bienes localizados debajo del nivel de la calle, tales como sistemas de desagüe y drenaje, de elevación (elevadores y sus sistemas en sótanos), transmisiones eléctricas, sótanos, sotechados, por debajo del nivel del piso más abajo o a la intemperie, en los cuales se encuentran: archivos, bienes, consumibles, mercancías, papelería, equipos de oficina, material bibliohemerográfico, electrónico y de cómputo, se requiere el aseguramiento de estos bienes resguardados como contenidos en el almacén e igualmente los que se encuentren instalados y en operación, así como calderas, plantas de emergencia, instalaciones de comunicación convencional y satelital.

El límite establecido para obras de arte como contenidos, tiene por objeto cubrir la totalidad de los bienes artísticos que forman parte del acervo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, aun y cuando dichas obras no cuentan con la memoria fotográfica, avalúo, sesión de derechos del autor y su localización se encuentra distribuida en todos los inmuebles de dicho órgano y las medidas adoptadas son las mismas que se señalaron para los inmuebles en materia de seguridad y protección.

Vehículos inactivos en bodega.

El Consejo de la Judicatura Federal es el único órgano que a la fecha aplica esta cobertura; no cuenta con una relación de unidades y son vehículos inactivos, en proceso de enajenación, propios y/o de terceros fuera de circulación (los cuales se encuentran a la intemperie o bajo techo, con las medidas de seguridad necesarias para evitar su deterioro por daños materiales, sin combustible), en el caso de operar esta cláusula, el Poder Judicial de la Federación deberá demostrar la preexistencia del bien y proporcionar el valor de reposición del mismo, el robo de accesorios se encuentra excluido.

1 RIESGOS CUBIERTOS PARA LAS SECCIONES I Y II.

Todo Riesgo, Todo Bien, Primer Riesgo: La Compañía indemnizará a “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” de todo riesgo de pérdida o daño que sean de carácter

físico o material, accidental, súbito, violento, imprevisto, fortuito que sufran todos los bienes y cubriendo todos los riesgos ocasionados que estén amparados tanto en las condiciones generales, condiciones especiales, condiciones particulares, así como las condiciones de convenio expreso de sus contratos autorizados de adhesión, asimismo, la Aseguradora debe señalar las exclusiones de sus contratos de retención y las del reaseguro facultativo, en el caso que sea requerido.

Los Riesgos son como a continuación se describen de manera enunciativa pero no limitados a:

- Incendio y/o rayo
- Explosión
- Aviones, vehículos y humo.
- Extensión de cubierta
- Explosión
- Huelgas, alborotos populares, conmoción civil, vandalismo y daños por actos de personas mal intencionadas
- Naves aéreas u objetos caídos de ellas
- Vehículos o naves aéreas propiedad del asegurado o a su servicio, o propiedad o al servicio de inquilinos
- Roturas o filtraciones accidentales de tuberías o sistemas de abastecimientos de agua o de vapor
- Descargas accidentales o derrame de agua o de vapor de agua, provenientes de aparatos o equipos industriales o domésticos, comprendiendo sistemas de refrigeración, acondicionamiento de aire o calefacción
- Caída de árboles
- Derrame de equipo de protección contra incendio.
- Terremoto y erupción volcánica
- Gastos extraordinarios
- Remoción de escombros

SECCIÓN III.- TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA

Los bienes amparados por la Póliza a la cual se adhiere esta cobertura, quedan también cubiertos contra daños materiales directos causados por Terremoto y/o por Erupción Volcánica.

Se deberán incluir bardas, patios exteriores, escaleras exteriores y construcciones que se encuentren separadas del inmueble principal en las ubicaciones que ampara esta póliza.

SECCIÓN IV.- FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS

- Riesgos Hidro-meteorológicos
- Avalanchas de lodo
- Granizo

- Helada
- Huracán
- Inundación
- Inundación por lluvia
- Marejada
- Golpe de mar o tsunami
- Nevada
- Vientos Tempestuosos

SECCIÓN V.- GASTOS EXTRAORDINARIOS.

Quedan amparados los Gastos Extraordinarios como consecuencia directa de los daños en la presente póliza de todo riesgo de cualquier riesgo cubierto en la póliza de Todo Riesgo de Incendio, de las **Secciones I, II, III y IV** si sobreviene una interrupción de las operaciones, con el fin de continuar en caso de siniestro, con las operaciones normales de la ubicación afectada, de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", es decir se cubren los costos y gastos extras relacionados con el siniestro que necesariamente tengan que seguir erogando tales como: Gastos fijos (como renta, transportes, mudanzas, adecuación de instalaciones y otros servicios requeridos para su reubicación, adaptación o rehabilitación de las operaciones), reparaciones provisionales, tiempos extraordinarios para apresurar la reparación siniestrada, el uso de envíos por servicio rápido, por otros medios de transporte, servicio de vigilancia, renta de oficinas, muebles, equipo, fletes, gastos de maniobras y gastos de la zona siniestrada, que tengan que continuar pagándose.

2. LAS SUMAS ASEGURADAS Y/O VALORES DECLARADOS (SON VALORES DE REPOSICIÓN AL 100%).

3 LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD A PRIMER RIESGO POR UNIDAD Y/O EVENTO.

La compañía indemnizará al asegurado el 100% de todas las pérdidas registradas en la anualidad, arriba de los deducibles establecidos, hasta el valor del bien dañado pero sin rebasar el Límite Máximo de Responsabilidad a Primer Riesgo y por evento y/o equipo indicado a continuación y para cada uno de los siguientes ramos de la Póliza Múltiple Integral.

NOTA:

1.- Las Sumas Aseguradas y los Límites Máximos de Responsabilidad son sin relación de bienes ni de ubicaciones y en caso de siniestro se demostrará la posesión del bien, con la documentación legal que acredite los bienes.

Durante la vigencia de la póliza, no se reportarán las adquisiciones o movimientos de bienes asegurados. No se reportarán movimientos de bienes asegurados, sin embargo, se requiere el aseguramiento de contenidos adquiridos durante la vigencia y deberán estar amparados bajo el sublímite que corresponda al tipo de bien y

riesgo, hasta el límite máximo de responsabilidad establecido exceptuando equipos que por su valor incrementen la suma asegurada del ramo, así como bienes inmuebles.

2.- Los Límites de Responsabilidad son independientes, por lo que operan separadamente para cada uno de los riesgos que amparan, pudiendo por tanto en un mismo evento afectar a dos o más.

4 DEDUCIBLES:

Incendio y/o Rayo y Explosión	SIN DEDUCIBLE
Demás Riesgos	1 % del valor de reposición de la ubicación dañada y/o contenidos.
Terremoto y Erupción Volcánica	El porcentaje de acuerdo a zona sísmica descrito por la Tarifa de AMIS aplicable sobre el valor de reposición de la estructura afectada
Gastos extraordinarios	3 días de espera, en caso de riesgos catastróficos 7 días de espera
Riesgos Hidro-Metereológicos	1% del valor de reposición de la estructura afectada

COASEGURO:

Incendio y/o Rayo y Explosión	Sin coaseguro
Riesgos Hidro-Meteorológicos	Conforme a la tabla de la AMIS.
Demás Riesgos	Sin coaseguro
Terremoto y Erupción Volcánica	Conforme a las zonas sísmicas de la AMIS

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

SE AMPARAN LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" INCURRA NECESARIAMENTE POR:

- La remoción de escombros, es hasta el 35% de la ubicación afectada (incendio, Terremoto y erupción volcánica)
- Apuntalamiento de los bienes destruidos o dañados, incluyendo partes no afectadas, a consecuencia de cualquier riesgo amparado por la póliza
- Reparación, reconstrucción de estructuras y construcciones dañadas que deban cumplir con requisitos mínimos de reglamentos vigentes que representen un mayor costo, limitado a que se realicen en el mismo lugar, con igual superficie, altura y sean lo más parecido a los bienes afectados.
- La imposibilidad de reparar o reconstruir los bienes afectados en el mismo lugar por impedirlo cualquier ley, ordenanza o reglamento que regule la construcción o reconstrucción de inmuebles, debiendo por tanto efectuar la reconstrucción en lugar distinto.

- Daños o pérdidas a causa de inundación y daños por agua por cualquier causa que sea súbita e imprevista y accidental
- Cobertura a bienes que se encuentren abajo del nivel del terreno, cobertura indispensable para "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" ya que se trata de bombas, motores, equipo de pci y aquéllos que deban operar bajo el nivel del terreno, (pero no limitados a sótanos, cisternas y demás estructuras y bienes subterráneos), así como contenidos en general.
- Se amparan sin circular y en bodega a los vehículos usados y en almacenaje, a valor promedio de mercado, en proceso de enajenación.
- La renuncia de inventarios se deja sin efecto
- Errores en Avalúo al 20%
- Honorarios a profesionistas
- Libros y Registros
- Venta de salvamentos
- Endoso de valor de reposición al 100%
- Pago en Especie, bajo convenio (Se Anexa Texto)
- Cláusula de Prelación
- Cláusula de Contrato de No Adhesión

5 **CONDICIONES Y CLAUSULADO:**

- Primer Riesgo.
- A Valor de Reposición.
- Reinstalación automática de suma asegurada con cobro de prima.
- Se ampara el equipo de nueva adquisición que se incorpore durante la vigencia de la Póliza, hasta un límite de un 10% de la suma asegurada.
- Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales, una vez determinada la procedencia del siniestro se solicitará el anticipo.
- No subrogación de derechos en contra de personal del Poder Judicial de la Federación.
- Derrames de equipos de protecciones contra incendio.
- Errores y omisiones.
- Derechos de no-subrogación.
- Eliminación de la cláusula de proporción indemnizable.
- Gravámenes.
- Permisos.
- Honorarios de profesionistas, libros y registros.
- Autorización para reponer, reconstruir o reparar.
- Cincuenta metros.
- Venta de Salvamentos.
- Intereses Moratorios.
- Endoso inflacionario del 5%.
- Endoso de No-adhesión.
- Cláusula de Prelación.
- Todos los riesgos amparados, tanto los de las condiciones generales, como las de convenio expreso de sus contratos de Adhesión.

SECCIÓN VI.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL (R. C.)

1.- RESPONSABILIDADES CUBIERTAS:

La Responsabilidad Civil Legal en que incurriere "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" por daños a terceros derivada de las actividades propias de la Dependencia, ya sea como depositaria, propietaria o arrendataria de terrenos, edificios o de bienes muebles e inmuebles, equipos electrónicos bajo arrendamiento, locales, que sean utilizados para su actividad, la compañía se obliga a pagar los daños, perjuicios y daño moral consecuencial, que "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" a través de sus empleados, personal eventual o bajo sus órdenes o funcionarios causen a terceros y por lo que esta deba responder, conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos, por los hechos u omisiones causados en forma no dolosa y que causen la muerte o el menoscabo en la salud, deterioro o la destrucción de bienes de terceros por cualquier causa, sobre bienes propiedad de terceros en general, así como lesiones corporales a terceros, causados en forma involuntaria tanto por el asegurado como por sus empleados y personal estando desempeñado sus funciones en la República Mexicana.

Los bienes que se encuentren a disposición de los Jueces no se contemplan en la cobertura de responsabilidad civil general.

2.- RIESGOS CUBIERTOS:

Responsabilidad Civil de Actividades e Inmuebles (Cobertura Básica de Responsabilidad Civil General).

Responsabilidad Civil Arrendatario.

Responsabilidad Civil de Bienes Sujetos a Causas Penales. En caso de suscitarse la eventualidad de un siniestro se proporcionará el valor de dichos bienes y se demostrará la situación jurídica del bien.

Responsabilidad Civil en los Menores que asistan al C.E.N.D.I.

3.- LÍMITES MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD:

Limite Único y Combinado para todas las ubicaciones, con un Límite Máximo de Responsabilidad establecido en documento adjunto, detallado por Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

4.- DEDUCIBLES:

R. C. Actividades e Inmuebles, Arrendatario, Bienes Sujetos a Causas Penales, en los Menores que asistan al C.E.N.D.I.	Sin deducible
--	----------------------

5.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIAL:

- Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- Derechos de no-subrogación.
- Intereses Moratorios.
- Daños y perjuicios por daño moral.
- Gastos de defensa, prima de fianzas judiciales, gastos, costas e intereses legales, por un 50% adicional al límite de la cobertura de Actividades e Inmuebles.
- Gastos en que incurra el asegurado con motivo de la tramitación y liquidación de reclamos.
- Carga y descarga.
- Responsabilidad civil asumida.
- Se amparan todos los bienes de terceros que ingresan a “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” debidamente registrados.
- Cláusula de Prelación.
- Cláusula de No Adhesión.

R.C. ACTIVIDADES E INMUEBLES: Cubre la Responsabilidad Civil en que incurra el asegurado, empleados o personal por daños a terceros derivadas de las actividades propias.

R.C. ARRENDATARIO: Cubre la Responsabilidad Civil legal por daños que por incendio o explosión, se causen al inmueble o inmuebles tomados (totalmente o en parte) en arrendamiento por el asegurado para el uso convenido en el contrato de arrendamiento, siempre que dichos daños le sean imputables.

R. C. EN BIENES SUJETOS A CAUSAS PENALES: Las responsabilidades por daños ocasionados a bienes propiedad de terceros por uso, posesión, mantenimiento, o por las actividades propias que estén en “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” por disposición de los jueces, comodato, depósito o por disposición de autoridad, tales como la manipulación, examen y otras análogas (los bienes que se ponen a disposición de los jueces son muy variados, pudiendo ser dinero, armas, joyas, negocios, casas-habitación, y en general cualquier tipo de valor, propiedad de una persona sometida a un proceso judicial), para el cuidado de estos bienes se llega a nombrar a un “depositario judicial”, quien finalmente tiene la responsabilidad de los bienes, lo que permite aminorar el riesgo para la aseguradora en un 90%.

R. C. EN LOS MENORES QUE ASISTAN AL CENDI: Cubre la responsabilidad de amparar los daños que sufran los menores en sus personas como límite único y combinado (L.U.C), bajo las siguientes circunstancias:

- a) Mientras se encuentren dentro del inmueble que ocupa la estancia infantil y CENDI, con motivo de sus actividades (clases, deportes, recreos, festivales);
- b) Fuera del predio en actividades organizadas o dirigidas por las autoridades escolares en excursiones, paseos, festivales, en cines, teatros, estadios o desfiles, etc.;
- c) Mientras sean transportados en camiones propiedad o arrendados por el PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, para los fines citados en el inciso b);
- d) El límite de responsabilidad por uno o varios accidentes, se aplicará a niños mayores de 40 días de nacidos y menores de 12 años de edad, asegurados

contra muerte accidental, accidentes escolares, pérdidas orgánicas y reembolsos de gastos médicos de acuerdo a los incisos a, b y c citados en el punto que antecede.

Para el amparo de la Responsabilidad Civil que tiene el PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, sobre los niños bajo su custodia, durante su estancia en los CENDI y/o estancia infantil, sus familiares y personal operativo, asegurándolos de muerte accidental, accidentes escolares, pérdidas orgánicas y reembolso de gastos médicos, sujetos a las condiciones especiales y generales de la póliza, hospitales, tabuladores de reembolso, médicos y prestadores de servicios médicos en catálogo y/o convenio con la Compañía de Seguros. Para calcular las indemnizaciones por muerte y lesiones que afecten esta cobertura, se estará a lo dispuesto por lo establecido en la Ley Federal del Trabajo por lo que se refiere a riesgos y el cuádruplo de indemnización contemplado por el Código Civil para el Distrito Federal.

POBLACIÓN EN C.E.N.D.I. QUE SE ENCUENTRA BAJO LA CUSTODIA DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN		
UBICACIÓN C.E.N.D.I.	NIÑOS	PERSONAL POR HONORARIOS
C.E.N.D.I., Gloria León de Orantes; México D.F. (CJF)	182	
C.E.N.D.I., Rossie Straffon de Téllez, Guadalajara, Jalisco. (CJF)	126	3
C.E.N.D.I., Las Flores, Periférico Sur; México, D.F. (CJF)	117	
ESTANCIA INFANTIL "San Lázaro"; México, D.F. (CJF)	47	
C.E.N.D.I., Artículo 123 Constitucional; México, D.F. (SCJN)	180	
TOTAL	652	

Nota: El Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación no requiere esta cobertura al inicio de la vigencia. Se informará a la aseguradora el requerimiento posterior de esta cobertura.

SECCIÓN VII.- ROBO Y/O ASALTO.

1 BIENES CUBIERTOS:

Se cubren todos los bienes propiedad, bajo custodia, tomados en comodato, arrendamiento o los que tengan bajo su responsabilidad sobre los cuales se tenga interés asegurable, independientemente que sean de su propiedad y/o de terceros, consistente en, pero no limitativo a: mobiliario; obras de arte; acervo bibliográfico y equipo de oficina todos estos dentro de la República Mexicana, así como mercancías; inventarios y todo tipo de existencias de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

Maquinaria y equipo relacionados con el giro del asegurado, localizados dentro de los inmuebles propiedad, en arrendamiento o bajo custodia o en comodato de "EL PODER

JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”, en cualquier ubicación dentro de la República Mexicana y los contenidos en general de los locales que “EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”, ocupa como oficinas, bodegas, independientemente que sean de su propiedad y/o de terceros, que los tengan bajo su responsabilidad o sobre los cuales tengan algún interés asegurable.

2 RIESGOS CUBIERTOS:

La pérdida y/o daños que sufran los bienes asegurados, como consecuencia de la realización del Robo con y sin Violencia del exterior al interior del inmueble y los daños materiales que ocasionara este hecho. Además, amparar la pérdida y/o daños que sufran bienes fuera de las instalaciones de “EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”.

La pérdida y/o daños que sufran los bienes asegurados, como consecuencia de el intento de robo por asalto y los daños materiales que ocasionara este hecho.

La pérdida y/o daños que sufran los bienes asegurados que por su naturaleza deban estar almacenados a la intemperie dentro y fuera de los predios del asegurado, como consecuencia de la realización del Robo y/o Asalto, así como, los daños materiales que ocasionara este hecho.

Suma Asegurada: SEGÚN CUADRO DE SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

3 DEDUCIBLES:

10 % sobre el valor de la pérdida, para bienes en general con mínimo de 50 DSMGVDF

4 CONDICIONES Y CLAUSULADO

- * Primer riesgo.
- * Valor de reposición y/o valor de compra y/o valor convenido y/o valor real, según aplique.
- * Reinstalación automática de suma asegurada con cobro de prima.
- * Intereses Moratorios.
- * Endoso de Póliza de no-adhesión.
- * Prelación.
- * Todos los riesgos amparados tanto en las condiciones generales, así como los de convenio expreso; que se apliquen con el giro y actividades de la Dependencia.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad, sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. La suma asegurada es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Las indemnizaciones para todos y cada uno de los bienes serán a valor de reposición. La cantidad que sea necesaria erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA CON COBRO DE PRIMA: Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente una vez que los bienes dañados hayan sido reparados o repuestos.

BIENES DE TERCEROS.- Amparar bienes de terceros y/o empleados que sean debidamente registrados a su ingreso en "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" hasta por \$150,000.00 M.N. presentando en caso de siniestro, acta administrativa del robo, siempre y cuando la siniestralidad no sea mayor al 50% del Límite de Responsabilidad de la cobertura principal.

Se excluyen bienes como lingotes, plata, alhajas y pedrería.

Eliminar como condición en caso de siniestro, las huellas de violencia del exterior al interior de los inmuebles.

Cláusula de pago en especie, derivado de la necesidad de reponer los bienes a las áreas afectadas y de acuerdo con la normatividad aplicable (se anexa formato de convenio de pago en especie).

SECCIÓN VIII.- EFECTIVO Y/O VALORES.

1 BIENES CUBIERTOS:

Cubrir el dinero en efectivo, en metálico o billetes de banco, valores, vales y otros documentos negociables, o no negociables tales como, letras de cambio, pagares, cheques, acciones bonos financieros, hipotecarios, fondo fijo, fondo revolvente de caja, vales de gasolina, de despensa, dentro y fuera de los inmuebles, mientras se encuentren contenidos en cajas fuertes o bóvedas cajas registradoras o colectoras, o en poder de sus empleados o funcionarios, cajeros pagadores, cobradores, así como en escritorios o en cualquier otro mueble con llave, como límite único y combinado para todas las ubicaciones de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", por robo con violencia y/o asalto, así como en tránsito en poder de los cobradores, empleados o servidores públicos dentro de los límites de la Republica Mexicana, para todas las ubicaciones de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

2 RIESGOS CUBIERTOS:

Asalto y/o robo con y sin violencia total y parcial o el intento del mismo, de dinero o valores, dentro y fuera del inmueble asegurado, aun cuando se encuentren fuera de la caja fuerte (sólo se amparará con y sin violencia dentro de los inmuebles ocupados por el Poder Judicial de la Federación, en el caso del exterior, únicamente se cubrirá el robo con violencia). Incendio y explosión, incapacidad física de la persona portadora, accidentes del vehículo que transporta a las personas responsables del manejo de los bienes asegurados.

3 DEDUCIBLES:

10 % sobre la pérdida con mínimo de 30 DSMGVDF
--

4 CONDICIONES Y CLAUSULADO:

- * Reinstalación automática de suma asegurada.
- * Intereses Moratorios.
- * Endoso de no-adhesión.
- * Prelación.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA CON COBRO DE PRIMA:
 Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente una vez que el Efectivo y/o Valores hayan sido repuestos.

Coberturas Especiales Adicionales:

- Robo con violencia y/o asalto en cualquier ubicación en donde "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" tenga interés asegurable tanto en horas laborables como en horas y días inhábiles.
- Incluir la cobertura en escritorios, archiveros y similares cerrados con llave.
- Cubrir el dinero fuera de cajas fuertes en horas hábiles.

SECCIÓN IX.- ROTURA DE CRISTALES.

1 BIENES CUBIERTOS:

Cubrir las pérdidas o daños materiales de los cristales, cubiertas, domos y vitrales a partir de 3 mm. de espesor, así como su remoción e instalación, causados por rotura accidental súbita e imprevista o por actos vandálicos, mientras se encuentren debidamente instalados en interiores y exteriores en los inmuebles de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" y/o bajo su responsabilidad.

2 RIESGOS CUBIERTOS:

Decorado del cristal, cristales plateados, dorados, teñido, pintado, grabado, película, corte, rótulos, realces, marcos y análogos, remoción de cristales, domos y vitrales.

3 DEDUCIBLES:

3% sobre el valor de la pérdida por evento u ocurrencia con mínimo de 3 DSMGVDF

7 CONDICIONES Y CLAUSULADOS:

- Primer Riesgo
- Reinstalación automática de suma asegurada con cobro de prima.
- Intereses moratorios.

- Restitución de los cristales dañados..
- Todos los riesgos amparados tanto en las condiciones generales, así como los de convenio expreso que se encuentren relacionados con el giro y actividades de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".
- Endoso de no-adhesión.
- Prelación.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad, sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. La suma asegurada es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que será necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso.

SECCION X.- OBRAS DE ARTE

1 BIENES CUBIERTOS:

Se amparan bajo esta cobertura las pinturas, esculturas, antigüedades, objetos históricos propiedad del Poder Judicial de la Federación o propiedad de terceros que se encuentren bajo su responsabilidad contra todo riesgo, hasta el límite de responsabilidad establecido en esta cobertura, extendiendo la protección dentro de la República Mexicana permaneciendo en vigor aún con demoras, desviaciones, cambio de ruta, descarga forzosa, reembarque o transbordo, interrupción en su transporte, en medios de transporte y flete autorizados por el PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, así como nuevas adquisiciones y préstamos temporales, siempre y cuando se informe a la Institución dentro de los 15 días naturales siguientes a la adquisición.

Se adjunta la memoria fotográfica y valores de los bienes a ser amparados por esta cobertura en medio magnético.

ANEXO 4 de la subpartida 2.1.- Suprema Corte de Justicia de la Nación

ANEXO 5 de la subpartida 2.1.- Consejo de la Judicatura Federal

RIESGOS CUBIERTOS:

Todo Riesgo de Obras de Arte

DEDUCIBLES:

Terremoto y erupción volcánica	2% de la obra dañada y/o afectada con un coaseguro del 10%
Incendio y/o rayo, explosión	Sin deducible
Robo con y sin violencia	10% de la pérdida con un mínimo de 70 días de

	salario mínimo vigente en el Distrito Federal
Tránsito	1% de la obra dañada y/o afectada
Otros riesgos	1% de la obra dañada y/o afectada

VALOR CONVENIDO

El valor declarado por el asegurado o quienes sean dueños de las obras, serán los que se considere para efectos de indemnización.

Para el caso de siniestros de obras de arte consideradas patrimonio nacional, ninguna obra será dada como salvamento.

APARTADO 2.-

I.- PÓLIZA DE EQUIPO ELECTRÓNICO.

II.- PÓLIZA DE CALDERAS Y APARATOS SUJETOS A PRESIÓN.

III.- PÓLIZA DE ROTURA DE MAQUINARIA.

IV.- EQUIPO DE CONTRATISTAS.

I.- PÓLIZA DE EQUIPO ELECTRÓNICO.

1 BIENES CUBIERTOS:

Se amparan todos los equipos, instalaciones y aditamentos de carácter electrónicos, digitales propiedad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" y de terceros que estén bajo su responsabilidad como a continuación se describen y serán considerados, pero no limitados a:

Telefonía y telecomunicaciones como conmutadores, tarjetas, racks, puertos, teléfonos y extensiones, diademas, consolas y licencias de operación, sistemas de aplicación y software, sistemas y paquetes de cómputo y en general, redes de cableado, nodos, faxes o workcenters, switches o antenas y equipos móviles y portátiles de cómputo, hardware, CPU'S, servidores, no-breaks, unidades de respaldo, impresoras, scanners, multifuncionales, equipos de producción, video, filmación, fotografía, edición, impresión, grabación e iluminación y en general equipo de comunicación, equipo médico y de oficinas, equipos de seguridad, grabadoras de video, cámaras de circuito cerrado, de comunicación o telecomunicación, consolas, controles de acceso, detectores de metal, control de acceso y registro de empleados, aditamentos y accesorios considerados equipo electrónico, dentro y fuera de las instalaciones del "PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN". Ubicaciones de terceros y en tránsito, todo este equipo alimentado por la red eléctrica normal o de baterías y que realicen funciones complejas propiedad y/o bajo responsabilidad del asegurado.

2 RIESGOS CUBIERTOS:

Los bienes quedan amparados contra todo riesgo de daños o pérdidas materiales que sufran en forma súbita e imprevista, accidental y fortuita, que hagan necesaria su reparación o reemplazo a fin de dejarlos en condiciones similares a las existentes antes de ocurrir el siniestro, a consecuencia de, pero no limitado a los siguientes riesgos que solo se enuncian:

COBERTURAS BÁSICAS como a continuación se describen pero no limitada a:

Incendio, impacto directo de rayo, implosión, explosión, extinción de incendio, humo, hollín, gases, líquidos o polvos corrosivos, acción del agua o humedad que no provengan de las condiciones atmosféricas comunes en la región, corto circuito, arco voltaico, perturbaciones por campos magnéticos, sobre tensiones causadas por rayo, tostadura de aislamientos, defectos de fabricación del material, de diseño o de instalación, errores de manejo, descuido, negligencia, impericia o mala intención del personal del Asegurado, actos mal intencionados y dolo de terceros, daños causados por robo con violencia, tentativa de tal robo y/o asalto, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes que no sean causados por: terremoto o erupción volcánica, granizo y helada, cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados y otros daños no excluidos en esta sección.

BAJO CONVENIO EXPRESO Y ADICIONALES, SE AMPARAN LOS SIGUIENTES RIESGOS:

Terremoto y erupción volcánica, fenómenos hidro-meteorológicos (avalancha de lodo, granizo, helada, huracán, inundación, inundación por lluvia, marejada, golpe de mar, nevada, vientos tempestuosos, tornado, daños por agua y nieve), aviones, vehículos y humo, huelgas y alborotos populares, derrame de equipos de protecciones contra incendio, ciclón, daños por actos de personas mal intencionadas, conmoción civil, vandalismos, robo sin violencia y/o hurto, equipos móviles y portátiles dentro y fuera de los predios del asegurado, daños por siniestro en equipo de climatización y daños por agua, entre otros. Pérdida o daños por virus informáticos y a los portadores de datos, cintas, videos, discos y demás medios y gastos para restituir la información. Se ampara el equipo de nueva adquisición que se incorpore durante la vigencia de la Póliza, hasta un límite de un 10% de la suma asegurada.

Nota: El 60% de los equipos se encuentran ubicados en la zona metropolitana de la Ciudad de México, que es la ubicación principal.

5.- DEDUCIBLES:

Terremoto y Erupción Volcánica	De acuerdo a la zona sísmica de AMIS.
Hurto o Robo sin Violencia	15% sobre el valor de reposición del equipo dañado.
Gastos Extras	3 días de espera.
Portadores Externos de Datos	1% del valor de reposición del equipo dañado
Básica y Demás Riesgos	1% del valor de reposición del equipo dañado
Equipos Móviles	Se aplicará el deducible de acuerdo a la cobertura afectada.
Riesgos hidro-meteorológicos	1% sobre el valor de reposición del equipo afectado. Se aplica mismo deducible para los bienes cubiertos bajo convenio expreso.

6.- COASEGURO:

Terremoto Y Erupción Volcánica	De acuerdo con las zonas de la tabla AMIS
Riesgos Hidro-Meteorológicos	10% sobre el valor de la pérdida

7.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

CONDICIONES Y CLAUSULADO

- * Primer riesgo.
- * Valor nuevo de reposición al 100% a consecuencia de un daño total.
- * Reinstalación automática de suma asegurada.
- * Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- * Errores y omisiones.
- * Derechos de no-subrogación.
- * Eliminación de la cláusula de proporción indemnizable.
- * Venta de Salvamentos.
- * Endoso de inflación al 5%.
- * Intereses Moratorios.
- * Endoso de no-adhesión.
- * Prelación.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad, sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. La suma asegurada es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que será necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso.

ENDOSO DE INFLACIÓN AL 5% POR AÑO: Permite actualizar la suma asegurada de acuerdo al índice inflacionario sin caer en bajo seguro.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA CON COBRO DE PRIMA: Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente una vez que los bienes dañados hayan sido reparados o repuestos, con cobro de dicho ajuste.

ERRORES Y OMISIONES: Queda entendido y convenido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o ubicación de los bienes asegurados no perjudicará los intereses del asegurado, o al contratante ya que la intención de esta cláusula es de proteger en todo tiempo. Por lo tanto será corregido al ser descubierto y en caso de que dicha corrección lo amerite se efectuará el ajuste de prima.

RECLAMACIÓN SIN DOCUMENTACIÓN DE PROPIEDAD.-En caso de falta de factura de algún bien que se requiera acreditar su propiedad para su reclamación, bastará con que dicho bien se encuentre registrado en los inventarios de **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”**, con lo cual se acreditará la preexistencia de los bienes.

ELIMINACIÓN DE LA CLÁUSULA DE PROPORCIÓN INDEMNIZABLE: Si al momento de ocurrir un siniestro, los bienes tienen un valor total real o de reposición según se indique en la carátula de la póliza superior a la cantidad asegurada, no operará la proporción indemnizable y la Compañía responderá al 100% de los límites a primer riesgo fijado en la póliza.

GRAVÁMENES: La Compañía pagará de acuerdo al interés asegurable que demuestre el asegurado, sin perjuicio de pagos que deban hacerse a terceros que acrediten tener algún interés asegurable.

PERMISO: Mediante esta cláusula y sin límite de tiempo y sin previo aviso el asegurado podrá hacer en el lugar afectado, adiciones, alteraciones y reparaciones, y trabajar a cualquier hora, suspender labores, dejar vacío o desocupado cualquier local, llevar a efecto cualquier trabajo o tener en existencia y hacer uso de todos aquellos artículos, materiales, provisionamientos y aparatos que pueda necesitar para la normal prosecución de su actividad.

AUTORIZACIÓN PARA REPONER EN ESPECIE RECONSTRUIR O REPARAR: En caso de siniestro que amerite indemnización bajo la presente póliza, el asegurado podrá previo aviso por escrito a la compañía, optar por la reposición de los bienes dañados disponer de ellos para empezar inmediatamente su reparación o reconstrucción, ya sea en el mismo sitio en el que se encontraban o en otro bien para destinarlos a otro uso; quedando entendido que la responsabilidad de la compañía está limitada al costo real o de reposición de la reparación, reconstrucción o reposición en especie, sin exceder en ningún caso de la suma asegurada.

CIEN METROS: Los bienes asegurados quedan igualmente amparados mientras se encuentren temporalmente en maniobras de carga y descarga sobre andenes, plataformas, carros de ferrocarril, camiones o cualquier otro lugar, dentro de los límites de los terrenos de las ubicaciones o instalados a una distancia de 100 metros de los mismos.

FACTOR DE OBSOLESCENCIA.- Eliminación del factor de Depreciación, para equipos no mayores o iguales a 5 años de antigüedad.

EQUIPO MÓVIL: Serán considerados, pero no limitados a:

Todos aquéllos equipos conectados o no a tipo de energía respectiva, que por sus características pueden moverse de ubicación, como se describe a continuación pero no limitativo a: Computadoras Portátiles y/o Laptop's y/o Notebook's, Producción en Video, Audio, Filmación, Fotografía, Radios de Telecomunicación y Sonido, Radiocomunicación, equipo de comunicación instalado en automóviles, así como sus aditamentos entre otras, conversiones y adaptaciones.

Los equipos móviles como el caso de los radios y teléfonos portátiles, quedan amparados montados en las unidades, en tránsito, fuera de las unidades, desconectadas y/o fuera de operación hasta el límite de la suma asegurada de equipo móvil.

OBSERVACIÓN:

- * Cláusula de pago en especie, derivado de la necesidad de reponer los bienes a las áreas afectadas y de acuerdo con la normatividad aplicable, conforme al convenio que forma parte de este Seguro, a elección de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN"
- * Esta póliza se manejará sin relación de bienes y en caso de siniestro se demostrará la posesión del bien o bienes asegurados con la documentación legal y los resguardos respectivos.
- * Se amparan equipos electrónicos de terceros, que hayan sido ingresados a las instalaciones de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN"

II.- PÓLIZA DE CALDERAS Y APARATOS SUJETOS A PRESIÓN.

1.- BIENES CUBIERTOS:

Todos los aparatos sujetos a presión con y sin fogón, calderas y tuberías propiedad o bajo responsabilidad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", siempre y cuando se encuentren dentro los predios de la dependencia o tomados en comodato o arrendamiento y dentro de la República Mexicana, como a continuación se describen: equipo que utilice fluido, tanques, radiadores y/o cualquier equipo relacionado con el giro de la dependencia en los términos y condiciones específicas de los seguros de calderas y aparatos sujetos a presión.

2.- RIESGOS CUBIERTOS:

Contra pérdida o daños materiales directos originados por actos súbitos y no previstos que haga necesario la reparación o reposición, a fin de dejarles en condiciones de operación similares a los existentes inmediatamente antes de ocurrir el siniestro, como a continuación se describe, pero no limitativo a:

Rotura súbita y violenta de cualquier parte de la caldera o recipiente, causada por presión de vapor, agua u otro líquido de la misma.

Explosión súbita y violenta de gas proveniente del combustible no quemado dentro del horno de la caldera o recipiente, siempre que esté utilizando el combustible correspondiente.

Deformación súbita y violenta de cualquier parte de la caldera o recipiente provocada por presión o vacío de agua, vapor u otro fluido dentro de la misma y que inmediatamente evite o haga inseguro su uso.

Agrietamiento de cualquier parte de hierro fundido, cobre o bronce, en calderas de baja presión que permita la fuga del fluido contenido.

La quemadura por insuficiencia de agua, vapor u otro fluido dentro de la caldera o recipiente y que inmediatamente evite o haga inseguro el uso.

DEDUCIBLE

1 % sobre el valor de reposición del equipo dañado.

4.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

- * Primer Riesgo.
- * Valor de Reposición al 100%.
- * Reinstalación automática de suma asegurada con cobro de prima.

- * Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- * Errores y omisiones.
- * Endoso de inflación al 5%.
- * Intereses Moratorios.
- * Derechos de no-subrogación.
- * Eliminación de la cláusula de proporción indemnizable.
- * Endoso de no-adhesión.
- * Prelación.

III.- PÓLIZA DE ROTURA DE MAQUINARIA.

1.- BIENES CUBIERTOS:

Toda la maquinaria propiedad o bajo responsabilidad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", siempre y cuando se encuentren dentro de los predios propiedad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" o tomados en comodato o arrendamiento, como a continuación se describen, pero no limitados a: bombas, motobombas, subestación, elevadores, tableros de control, plantas de luz, transformadores, aire acondicionado, y/o cualquier equipo relacionado con el giro en los términos y condiciones específicas de los seguros de Rotura de Maquinaria.

2.- RIESGOS CUBIERTOS:

Cubrir contra pérdida o daños materiales directos, originados por actos súbitos y no previstos, que haga necesario la reparación o reposición a fin de dejarles en condiciones de operación similares a los existentes inmediatamente antes de ocurrir el siniestro, pero no limitados a:

Impericia, descuido y sabotaje del asegurado o de extraños, la acción directa de la energía eléctrica como resultado de corto circuitos, arcos voltaicos y otros efectos similares, así como sobre tensiones transitorias debidas a perturbaciones eléctricas. Errores en diseño, defectos de construcción, uso de materiales defectuosos. Defectos de mano de obra y montaje incorrecto. Rotura debida a fuerza centrífuga y objetos extraños introducidos en máquinas, explosión física y otros accidentes ocurridos a los bienes asegurados

3.- DEDUCIBLE

1 % sobre el valor de reposición del equipo dañado
--

4.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

- Primer Riesgo.
- Valor de Reposición al 100%.
- Reinstalación automática de suma asegurada con cobro de prima.
- Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- Errores y omisiones.
- Endoso de inflación al 5%.

- Intereses Moratorios.
- Derechos de no-subrogación.
- Eliminación de la cláusula de proporción indemnizable.
- Endoso de no-adhesión.
- Prelación.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad, sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. La suma asegurada es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que será necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA CON COBRO DE PRIMA: Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro, será reinstalada automáticamente una vez que los bienes dañados hayan sido reparados o repuestos. Con cobro de prima.

ERRORES Y OMISIONES: Queda entendido y convenido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o ubicación de los bienes asegurados no perjudicará los intereses del asegurado, ya que la intención de esta cláusula es de proteger en todo tiempo. Por lo tanto será corregido al ser descubierto y en caso de que dicha corrección lo amerite se efectuará el ajuste de prima. Se excluyen errores en avalúos o valores de los bienes.

RECLAMACIÓN SIN DOCUMENTACIÓN DE PROPIEDAD: En caso de falta de factura de algún bien que se requiera acreditar su propiedad para su reclamación, bastará con que dicho bien se encuentre registrado en los inventarios de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

EXPLOSIÓN DE MOTORES DE COMBUSTIÓN INTERNA: Se amparan los daños causados por explosiones de cualquier naturaleza que se originen en el interior del cárter de los motores de combustión interna, pero con exclusión expresa de daños por incendio.

ELIMINACIÓN DE LA CLÁUSULA DE PROPORCIÓN INDEMNIZABLE: Si al momento de ocurrir un siniestro, los bienes tienen un valor total real o de reposición según se indique en la carátula de la póliza superior a la cantidad asegurada, no operará la proporción indemnizable y la Compañía responderá al 100% de los límites a Primer Riesgo fijado en la póliza.

GRAVÁMENES: la Compañía pagará de acuerdo al interés asegurable que demuestre el asegurado, sin perjuicio de pagos que deban hacerse a terceros que acrediten tener algún interés asegurable.

PERMISO: Mediante esta cláusula y sin límite de tiempo y sin previo aviso el asegurado podrá hacer en el lugar afectado, adiciones, alteraciones y reparaciones, y trabajar a cualquier hora, suspender labores, dejar vacío o desocupado cualquier local, llevar a efecto cualquier trabajo o tener en existencia y hacer uso de todos aquellos artículos, materiales

aprovisionamientos y aparatos que pueda necesitar para la normal prosecución de su actividad.

AUTORIZACIÓN PARA REPONER EN ESPECIE, RECONSTRUIR O REPARAR: En caso de siniestro que amerite indemnización bajo la presente Póliza, el Asegurado podrá previo aviso por escrito a la Compañía, optar por la reposición de los bienes dañados o disponer de ellos para empezar inmediatamente su reparación o reconstrucción, ya sea en el mismo sitio en el que se encontraban o en otro bien para destinarlos a otro uso; quedando entendido que la responsabilidad de la Compañía está limitada al costo real o de reposición de reconstrucción o reposición en especie, sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada.

CIEN METROS: Los bienes asegurados quedan igualmente amparados mientras se encuentren temporalmente en maniobras de carga y descarga sobre andenes, plataformas, carros de ferrocarril, camiones o cualquier otro lugar, dentro de los límites de los terrenos de las ubicaciones mencionadas en la Póliza o a una distancia de 100 metros de los mismos.

Cláusula de pago en especie, derivado de la necesidad de reponer los bienes a las áreas afectadas y de acuerdo con la normatividad aplicable.

FACTOR DE OBSOLESCENCIA: Eliminación de los Factores de Depreciación, o de obsolescencia tecnológica, para equipos no mayores o iguales a 5 años de antigüedad.

Se ampara el equipo de nueva adquisición que se incorpore durante la vigencia de la Póliza, hasta un límite de un 10% de la suma asegurada por ubicación.

IV.- PÓLIZA DE EQUIPO DE CONTRATISTAS.

1.- BIENES Y RIESGOS CUBIERTOS

Este seguro cubre las pérdidas o daños materiales causados a los bienes exclusivamente por los riesgos enseguida numerados, de acuerdo con lo establecido en la carátula de esta póliza.

- a) Incendio o rayo.
- b) Explosión (excepto pérdidas o daños que por su propia explosión sufran calderas, tanques, aparatos o cualquier otro recipiente que este sujeto usualmente a presión).
- c) Ciclón, tornado, vendaval, huracán y granizo.
- d) Temblor, terremoto o erupción volcánica.
- e) Inundación (alza del nivel de agua o avenidas, desbordamiento de ríos, esteros y lagos).
- f) Hundimiento o rotura de alcantarillas, puentes para vehículos, muelles o plataformas de carga.
- g) Colisión, descarrilamiento o volcadura del medio de transporte terrestre en el que los bienes asegurados fueran transportados.
- h) Varada, hundimiento o colisión de la embarcación de trasbordo de servicio regular en el que los bienes asegurados fueren transportados, comprendiendo la contribución que le resultare por avería gruesa o por los cargos de salvamento.

- i) Robo total de una o varias unidades completas, pero no de sus partes útiles o accesorios, a menos que sea consecuencia de robo total.
- j) Caída, colisión, atascamiento, hundimiento o volcadura.
- k) Derrumbes y deslaves.

2.- EXCLUSIONES

Este seguro no cubre las pérdidas o daños causados a los bienes por, o consecuencia de:

- a) Operaciones bélicas, ya fueren provenientes de guerra extranjera o de guerra civil, insurrección, subversión, rebelión, expropiación, requisición, confiscación, incautación o detención por las autoridades o por cualquier otra causa semejante.
- b) Corriente eléctrica en máquina, aparatos o accesorios que se empleen para producirlas, transformarlas o utilizarlas, debido a disturbios eléctricos que provengan de causas naturales o artificiales a menos que tengan como consecuencia un incendio y en este caso, solo se responderá por la pérdida debida al incendio.
- c) Deterioro, desgaste, congelación o rotura mecánica debida por el uso.
- d) Sobrecarga de la capacidad normal registrada o utilización en trabajos para los que no fueron construidos.
- e) Su destrucción por actos de autoridad.
- f) Abuso de confianza de empleados del asegurado o de las personas a quienes se les confíen los bienes.
- g) Cualquier riesgo que afecte a planos, copias heliográficas, diseños o especificaciones.

3.- DEDUCIBLE

1 % sobre el valor de reposición del equipo dañado
--

APARTADO 3.-

I.- PÓLIZA DE TRANSPORTES DE CARGA.

A partir de que el medio de transporte propiedad del Poder Judicial de la Federación o el medio de transporte autorizado por éste, incluyendo transporte del Servicio Público Federal, Mensajería y Paquetería, inicie el tránsito del embarque cubierto y concluye con su arribo al lugar de destino dentro de la República Mexicana, con declaración de embarque mensual, informando a la aseguradora el origen y destino de los bienes, señalando el medio de embarque y el costo aproximado.

Se ampararán los traslados de los bienes (equipos de oficina y de cómputo en general y de cualquier tipo de escritorio, móvil y/o portátil, portadores externos de datos; accesorios y refacciones; mobiliarios; mercancías; papelería; consumibles; etc.), así como cualquier otro tipo de muebles y embarques cualquiera que sea su naturaleza propiedad del Consejo de la

Judicatura Federal o que esté bajo su responsabilidad, y se realicen en todo el territorio de la República Mexicana (Interior, Distrito Federal y su Zona Metropolitana), por cualquier medio de transporte, propio o de terceros (transportistas), en vía aérea y/o terrestre; por lo que la aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos y procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia al Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación, por los siguientes riesgos:

Se ampararán todos los transportes de mercancías del Poder Judicial de la Federación con declaración de embarque mensual y sin prima de depósito.

- 1.- Todo riesgo de transporte;
- 2.- De bodega a bodega;
- 3.- Daños por carga y descarga;
- 4.- Huelgas y alborotos populares;
- 5.- Robo de mercancía total o parcial, incluyendo rapiña.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA POR EMBARQUE:

La responsabilidad máxima por un solo embarque o sobre un mismo vehículo por una sola vez en un solo lugar:

DEDUCIBLES

Robo Total y Parcial: 3% de la pérdida
Resto de Riesgos: 1% de la pérdida

LIMITES TERRITORIALES (ORIGEN Y DESTINO)

De la República Mexicana a cualquier parte de la República Mexicana

CUOTAS

- 1.- Bienes trasladados al Interior de la República.
Cuota **0.125%**, aplicable al monto de la declaración mensual de embarques.
- 2.- Bienes trasladados en el área metropolitana.
Cuota **0.125%**, aplicable al monto de la declaración mensual de embarques.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

Queda convenido entre las partes, que las notificaciones de los embarques realizados en cada mes, se llevarán a cabo dentro de los primeros quince días del mes inmediato posterior al que se realizaron, en obvio de la concentración y envío de información por las áreas internas del Poder Judicial de la Federación y menajes de Jueces y Magistrados.

Para ambas pólizas los bienes nuevos se indemnizarán a valor factura y/o precio de adquisición.

Para ambas pólizas en bienes usados y por cualquier tipo de pérdida total y/o parcial, debe considerarse la indemnización "a valor de reposición" para los siniestros que ocurran a todos los bienes, entendiéndose como la sustitución y/o reposición en especie o la indemnización en efectivo a criterio y satisfacción del Poder Judicial de la Federación de los bienes afectados en el siniestro y de conformidad con un presupuesto y/o cotización de las mismas características, que realice a la fecha del evento cualquier proveedor; en razón de lo anterior, no es aplicable realizar a los ajustes y/o determinaciones de indemnización de bienes, descuentos en equipos y/o depreciación alguna por deméritos, avances tecnológicos o análogos; asimismo y de conformidad a las sumas aseguradas, la aseguradora cubrirá todas las pérdidas registradas durante la vigencia del contrato y/o póliza de seguro, por la cantidad equivalente al valor de reposición del o de los bienes dañados, siendo la suma que exige la reparación y/o reposición.

CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

- Primer Riesgo.
- Valor de Reposición al 100%.
- Reinstalación automática de suma asegurada con cobro de prima.
- Endoso de no-adhesión.
- Prelación.

II. PÓLIZA DE TRANSPORTE DE CARGA Y/O BIENES CON DECLARACIÓN MENSUAL DE EMBARQUES "MENAJE DE CASA HABITACIÓN"

Se ampararán los traslados de los bienes consistentes en menaje de casa habitación propiedad de Magistrados y Jueces Federales del Consejo de la Judicatura Federal que realicen en todo el territorio de la República Mexicana (Interior, Distrito Federal y su Zona Metropolitana), por cualquier medio transportista (persona física o moral autorizada por la S.H.C.P. y S.C.T. (para tal actividad), en vía aérea o terrestre por lo que la aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos y procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia al Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación, por los siguientes riesgos:

- 1.- todo riesgo de transporte;
- 2.- de bodega a bodega;
- 3.- daños por carga y descarga;
- 4.- huelgas y alborotos populares;
- 5.- robo de mercancía total o parcial, incluyendo rapiña.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA POR EMBARQUE:

Bienes trasladados en la República Mexicana (Interior, Distrito Federal y su Zona Metropolitana)

La responsabilidad máxima por un solo embarque o sobre un mismo vehículo, por una sola vez en un solo lugar.

LIMITE DE RESPONSABILIDAD \$1'000,000.00

DEDUCIBLES

Robo Total y Parcial: 5% de la pérdida
Resto de Riesgos: 2% de la pérdida

LIMITES TERRITORIALES (ORIGEN Y DESTINO)

De la República Mexicana a cualquier parte de la República Mexicana

CUOTAS

Cuota **0.45%**, aplicable al monto de la declaración mensual de embarques realizados al mes, la cual se deberá efectuar de los 30 días naturales posteriores al mes en que se efectúan los pagos

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

Queda convenido entre las partes, que las notificaciones de los embarques realizados en cada mes, se llevarán a cabo dentro de los primeros quince días del mes inmediato posterior al que se realizaron, en obvio de la concentración y envío de información por las áreas internas del Consejo y menajes de Jueces y Magistrados.

Para ambas pólizas los bienes nuevos se indemnizarán a valor factura y/o precio de adquisición.

Para ambas pólizas en bienes usados y por cualquier tipo de pérdida total y/o parcial, debe considerarse la indemnización "a valor de reposición" para los siniestros que ocurran a todos los bienes, entendiéndose como la sustitución y/o reposición en especie o la indemnización en efectivo a criterio y satisfacción del Consejo de la Judicatura Federal de los bienes afectados en el siniestro y de conformidad con un presupuesto y/o cotización de las mismas características, que realice a la fecha del evento cualquier proveedor; en razón de lo anterior, no es aplicable realizar a los ajustes y/o determinaciones de indemnización de bienes, descuentos en equipos y/o depreciación alguna por deméritos, avances tecnológicos o análogos; asimismo y de conformidad a las sumas aseguradas, la aseguradora cubrirá todas las pérdidas registradas durante la vigencia del contrato y/o póliza de seguro, por la cantidad equivalente al valor de reposición del o de los bienes dañados, siendo la suma que exige la reparación y/o reposición.

Para bienes usados con más de siete años de existencia a cargo del propietario se indemnizaran a valor real.

La dirección de bienes y valores para esta póliza, así como la acreditación de propiedad, existencia y preexistencia de los mismos, corresponde única y exclusivamente a los terceros beneficiarios del seguro Magistrados y Jueces, por lo que el Consejo de la Judicatura Federal en su carácter exclusivo de asegurado, solamente es intermediario entre la aseguradora y beneficiario en el trámite de aseguramiento de bienes y reclamos por lo que

corresponde bajo la más estricta responsabilidad del beneficiario, formular su reclamo y manifestar su satisfacción a la reposición o indemnización según corresponda.

III.- PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE TRANSPORTE DE PERSONAS.

1 BIENES CUBIERTOS

La compañía se obliga a pagar por los accidentes o daños causados a las personas y/o su equipaje por motivo de los servicios de transporte proporcionados por "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", en cualquiera de las vías de comunicación terrestres, de las unidades amparadas en esta póliza, propiedad de esta institución y durante la vigencia de la misma. Las indemnizaciones a que se tengan derecho, serán conforme a lo establecido en esta especificación.

2 RIESGOS CUBIERTOS

La responsabilidad civil del viajero en que incurra "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", a consecuencia de accidentes en el que sufran lesiones corporales o la muerte, las personas transportadas en los vehículos asegurados, siendo estas personas como, empleados, visitantes, invitados, personal en capacitación y que tengan o no, algún vínculo con "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

- **Muerte:** sí como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, sobreviniere la muerte, la aseguradora pagará a los beneficiarios designados, el importe de la suma asegurada cubierta para este renglón.

- **Pérdidas Orgánicas:** con escala de indemnización "b", en caso de que el asegurado, con motivo directo del accidente y dentro de los 90 días a partir de la fecha del mismo sufra cualquiera de las pérdidas enumeradas en esta sección, la compañía pagará al asegurado de acuerdo a la siguiente tabla, previa comprobación médica:

- AMBAS MANOS, AMBOS PIES O LA VISTA DE AMBOS OJOS:
100%
- UNA MANO Y UN PIE: 100%
- UNA MANO O UN PIE Y LA VISTA DE UN OJO:
100%
- PÉRDIDA TOTAL DEL BRAZO O DE UNA MANO:
60%
- PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR Y DEL ÍNDICE DE UNA MANO:
25%
- PÉRDIDA TOTAL DE 3 DEDOS COMPRENDIENDO EL PULGAR O EL ÍNDICE DE UNA MANO: 30%
- PÉRDIDA TOTAL DE 3 DEDOS QUE NO SEAN EL PULGAR O EL ÍNDICE DE UNA MANO: 25%
- PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR Y DE OTRO DEDO (NO SIENDO EL ÍNDICE DE UNA MANO): 25%

- PÉRDIDA TOTAL DEL ÍNDICE Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL PULGAR DE UNA MANO: 20%
- PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR SOLO: 20%
- PÉRDIDA TOTAL DEL ÍNDICE: 15%
- PÉRDIDA TOTAL DEL DEDO MAYOR, DEL ANULAR O DEL MEÑIQUE: 5%
- PÉRDIDA TOTAL DE 2 DE ÉSTOS ÚLTIMOS 3 DEDOS: 10%
- PÉRDIDA TOTAL DE UNA PIERNA O DE UN PIE: 50%
- AMPUTACIÓN PARCIAL DE UN PIE, COMPRENDIENDO TODOS LOS DEDOS: 30%
- PÉRDIDA DEL MAXILAR INFERIOR: 30%
- PÉRDIDA TOTAL DE UN OJO: 30%
- SORDERA COMPLETA: 25%
- ACORTAMIENTO POR LO MENOS EN 5 CM, DE UN MIEMBRO INFERIOR 15%
- PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UN PIE: 5%

Reembolso de gastos médicos: cuando con motivo del accidente, el asegurado dentro de los 182 días siguientes de la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a intervención médica o quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermero, ambulancias o medicinas, "LA ASEGURADORA" pagará además de las indemnizaciones a que tuviere derecho el asegurado, el monto de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto y previa comprobación.

3 SUMA ASEGURADA:

La Suma Asegurada será de acuerdo con los Artículos 62, 63, 64, y 65 de la Ley de Caminos, Puentes y Auto transporte Federal y el 127 de las Vías Generales de Comunicación, hasta el sublímites establecido en la tabla de sumas aseguradas y/o valores declarados por órgano adjunta.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES:

EN CUANTO A LA OBLIGACIÓN.

Art. 62.- "La Ley establece que los permisionarios de auto transporte de pasajeros y turismo protegerán a los viajeros y a su equipaje por los daños que sufran con motivo de la prestación del servicio"

Art. 63.- "las personas físicas y morales autorizadas por los Estados y del Distrito Federal para operar auto transporte público de pasajeros y que utilicen tramos de vías de jurisdicción

federal, garantizarán su responsabilidad, en los términos de este capítulo, por los daños que puedan sufrir los pasajeros que transporten, sin perjuicio de que satisfagan los requisitos y condiciones para operar en carreteras de jurisdicción federal.”

EN CUANTO A LO CONDUCENTE A LA FORMA DE INDEMNIZACIÓN.

Art. 64.- “El derecho a percibir las indemnizaciones establecidas en este capítulo y la fijación del monto, se sujetara a las disposiciones del Código Civil para el Distrito Federal en materia común, y para toda la Republica en materia Federal.”

Con el objeto de encontrarse dentro del marco legal (Art. 1915 del Código Civil para el Distrito Federal y Artículos 500, 501 y 502 de la Ley Federal del Trabajo), el que transporta personas deberá proceder, en forma inmediata.

3.1.- LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD POR PASAJERO:

MUERTE:

FALLECIMIENTO	3,160 DSMGVDF
GASTOS FUNERARIOS	1,000 DSMGVDF

LESIONES:

GASTOS MÉDICOS	3,160 DSMGVDF
ASISTENCIA MEDICA	AMPARADA

PERDIDA DE EQUIPAJE	200 DSMGVDF
---------------------	-------------

4.- DEDUCIBLE:

SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

5.- LÍMITE GEOGRÁFICO:

Dentro De Cualquier Parte De La República Mexicana.

6.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA CON COBRO DE PRIMA:

Establece que cualquier parte de la Suma Asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente, una vez que los bienes dañados hayan sido reparados o repuestos, con cobro de prima adicional.

Se ampara el ascenso y descenso de las unidades y vehículos de transporte.

Se amparan a los funcionarios, empleados y a sus familiares y dependientes como terceros, así como a los terceros ajenos a “EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”.

Unidades utilizadas: camionetas de diferentes marcas y modelos, según relación por órgano.

Esta póliza se manejará Sin Relación de Asegurados y en caso de siniestro se demostrará la responsabilidad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" en el Transporte de las Personas.

SECCIÓN 4.-

I.- PÓLIZA PARA CASAS HABITACIÓN DEL FICAJ "TODO RIESGO DE INCENDIO Y DAÑOS DIVERSOS"

Que ampare contra los riesgos que más adelante se indican y a las que están expuestas las edificaciones materiales con sus accesorios adheridos que por disposición de las fracciones I y III, del artículo 750 del Código Civil Federal, forman parte del mismo inmueble, y/o bienes y/o contenidos propios de la construcción y a la intemperie, de cada una de las 346 casas que conforman el "Programa de Dotación de Vivienda para Jueces y Magistrados (FICAJ)", del Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación, ubicadas en toda la República Mexicana y que estén ocupadas o que temporalmente se encuentren vacías, por cambio de ocupante (Juez o Magistrado), las cuales se relacionan y describen en el listado (anexo), los cuales indican detalladamente sus domicilios dentro de la República Mexicana, los números de control y/o inciso FICAJ y su valor de aseguramiento.

RIESGOS ASEGURADOS: TODO RIESGO DE INCENDIO Y DAÑOS DIVERSOS POR:

La aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos y procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia al Consejo de la Judicatura Federal, por los siguientes riesgos:

- 1) Todo riesgo de incendio; rayo y explosión (con explosión espontánea);
- 2) Terremoto y erupción volcánica, humo y tizne;
- 3) Huracán, inundación común, granizo, ciclón, vientos tempestuosos, inundación por lluvia, desbordamiento de ríos y cualquier otro tipo de derrame y/o filtración de cualquier líquido por cualquier motivo y que cubra las superficies de construcción de las ubicaciones del Consejo de la Judicatura Federal;
- 4) Extensión de cubierta (cualquier tipo de disturbio: huelgas, alborotos populares, vandalismo en manifestaciones y/o marchas públicas, riesgos aliados, conmoción civil y/o cualquier acto cualquiera que sea su naturaleza, de personas mal intencionadas);
- 5) Remoción de escombros por casa habitación, para el caso de siniestro indemnizable por cualquiera de los riesgos cubiertos, la aseguradora cubrirá todo gasto que sea necesario erogar, hasta por la suma asegurada que se expone mas adelante en cuadro, para remover los escombros de los bienes afectados como son: desmontaje, demolición, limpieza o acarreo y los que necesariamente tengan que llevarse a cabo, para que los bienes dañados queden en condiciones de reparación o reconstrucción;

- 6) Responsabilidad Civil General, amparando la descripción que se expone mas adelante en cuadro;
- 7) Pérdidas consecuenciales; 20% de la suma asegurada de casa afectada, gastos extraordinarios a consecuencia de un siniestro, contemplado entre otros, la renta de inmuebles;
- 8) Rotura de cristales, vidrios y domos de cualquier otro tipo que sean parte de la estructura del inmueble con espesor mínimo de 3mm.; y
- 9) Robo total y/o parcial, con y sin violencia, y daños materiales no catastróficos ocasionados por cualquier riesgo y/o evento amparado por la póliza y señalados en los incisos anteriores, de bienes contenidos y/o accesorios propios adheridos a la construcción y/o se encuentren en intemperie y hasta por el sub límite amparado en la sección IV.

Aplicará a todas las secciones de esta póliza "endoso a valor reposición", entendiéndose como la sustitución y/o reposición en especie o la indemnización en efectivo a criterio y satisfacción del Consejo de la Judicatura Federal, de los bienes afectados en el siniestro y de conformidad con un presupuesto y/o cotización de las mismas características, que realice a la fecha del siniestro cualquier proveedor, en razón de lo anterior, no es aplicable realizar a los ajustes y/o determinaciones de indemnización de bienes, descuentos en equipos y/o depreciación alguna por deméritos, avances tecnológicos o análogos; asimismo y de conformidad a las sumas aseguradas por ubicación, la aseguradora cubrirá todas las pérdidas registradas durante la vigencia del contrato y/o póliza de seguro, por la cantidad equivalente al valor de reposición del o de los bienes dañados, siendo en el caso de inmuebles la cantidad que exige la construcción y/o reparación y/o reposición de los mismos.

Elección de cobertura, es decir, en caso de que la pérdida de bienes esté amparada por dos secciones, el Consejo de la Judicatura Federal, podrá elegir la que más le convenga para presentar su reclamación del siniestro y obtenga la recuperación del bien en especie y/o efectivo, en especial para los daños materiales no catastróficos amparados por la sección IV.- De contenidos siempre y cuando la pérdida calculada ocurrida por cualquier riesgo amparado por la póliza, no exceda el límite de la sección IV, es decir, solo para daños a contenidos y a fin de que siempre exista indemnización.

A fin de evitar candados a riesgos e indemnizaciones en la emisión de la póliza no serán aplicables condiciones particulares y/o de cualquier otra descripción, tipo o índole, que prevalezcan sobre las condiciones generales y especiales de la póliza, no procederán endosos de ningún tipo que limiten las condiciones solicitadas.

INCENDIO Y DAÑOS DIVERSOS

BIENES ASEGURADOS

346 casas habitación pertenecientes al Programa de Dotación de Vivienda a Magistrados y Jueces (FICAJ), las cuales se relacionan y se describen en el listado (anexo) y que corresponden a los siguientes datos:

LIMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO

\$263'771,700.00

Suma asegurada por casa habitación, cobertura básica. (Construcción)

237 viviendas con un valor en sus edificaciones de:

\$690,500.00 (seiscientos noventa mil quinientos pesos 00/100 M.N.)

Total \$163'648,500.00

52 viviendas con un valor en sus edificaciones de:

\$818,100.00 (ochocientos dieciocho mil cien pesos 00/100 M.N.)

Total \$42'541,200.00

35 viviendas con un valor en sus edificaciones de:

\$980,800.00 (novecientos ochenta mil ochocientos pesos 00/100 M.N.)

Total \$34'328,000.00

22 viviendas con un valor en sus edificaciones de:

\$1'057,000.00 (un millón cincuenta y siete mil pesos 00/100 M.N.)

Total \$23'254,000.00

ANEXO 6 de la subpartida 2.1.- Consejo de la Judicatura Federal

Remoción de escombros

30% de la suma asegurada individual de cada casa como límite único y combinado en adición a sublímites, (límite adicional al límite máximo de responsabilidad por ubicación).

DEDUCIBLES

Terremoto y erupción volcánica.

El porcentaje de acuerdo a la zona sísmica descrito por la tarifa AMIS aplicable sobre el valor de la estructura afectada y/o contenidos afectados y coaseguro del 5% de participación en cada pérdida.

Incendio y/o rayo y explosión.

Sin deducible

Fenómenos Hidro-meteorológicos

Zona	Criterio de zonificación	Deducibles y Coaseguro
1	Municipios costeros que en su mayoría se encuentran a menos de 50 mts. de altitud SNM.	2% del valor real o de reposición de la estructura afectada y sus contenidos y coaseguro del 5% de participación en cada pérdida.
2	Municipios costeros que en su mayoría se encuentran a más de 500 mts. y menos de 1,000 mts. de altitud SNM.	1% del valor real o de reposición de la estructura afectada y sus contenidos y coaseguro del 5% de participación en cada pérdida.

3	Municipios costeros que en su mayoría se encuentren a más de 1,000 mts de altitud SNM, y los del interior del país.	1% del valor real o de reposición de la estructura afectada y sus contenidos y coaseguro del 5% de participación en cada pérdida.
---	---	---

Extensión de cubierta, excepto explosión.
1% de la suma asegurada de estructura dañada

Otros riesgos.
1% de la suma asegurada de estructura dañada

Remoción de daños y limpieza.
Sin deducible

SECCIÓN II.- RESPONSABILIDAD CIVIL

Daños y perjuicios que el Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación ocasione a terceros en sus bienes o personas, derivados de hechos, actos u omisiones no intencionales en el desempeño de las actividades normales y operaciones inherentes y que provoquen la muerte o menoscabo de la salud de dichos terceros o el deterioro o destrucción de los bienes propiedad de los mismos.

Para los efectos de esta sección, deben entenderse los siguientes conceptos:

Hechos: "eventos y/o acontecimientos de la naturaleza o del hombre ocasionados de manera súbita, incierta e imprevista, y que tienen consecuencias de hecho y de derecho" (no ampara hechos intencionales);

Actos: "exteriorización de la voluntad del hombre de manera no intencional, imprudencial y culposa y que tiene consecuencias de hecho y de derecho" (no ampara actos intencionales y/o dolosos);

Omisiones: "abstención de la voluntad del hombre de manera no intencional, imprudencial y culposa y que tiene consecuencias de hecho y de derecho" (no ampara la omisión intencional); y

Debe considerarse como terceros afectados de hechos, actos u omisiones de carácter puramente civil y no laboral, a los empleados del Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación, sus familiares, visitantes y cualquier persona ajena a la Institución a la que se autorice el acceso a cualquier ubicación patrimonial.

LIMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

Por ubicación
\$180,000.00

Gastos de defensa.
50% Adicionales a la suma asegurada

DEDUCIBLES

Lesiones de muerte a terceros en sus personas.

Sin deducible

Daños a terceros en sus bienes

Sin deducible

SECCIÓN III.- ROTURA DE CRISTALES

BIENES ASEGURADOS

Cristales pertenecientes a la estructura, debidamente instalados con espesor mínimo de 3mm., así como los domos y vitrales

RIESGOS ASEGURADOS

Rotura de cristales, domos y vitrales

DEDUCIBLE SIN COASEGURO

2% sobre la pérdida con mínimo de 3 D.S.M.V.D.F.

SECCIÓN IV.- ROBO CON Y SIN VIOLENCIA Y DAÑOS MATERIALES A CONTENIDO Y/O ACCESORIOS

BIENES ASEGURADOS

Bienes contenidos y/o accesorios propios adheridos a la construcción y/o se encuentren en intemperie como son puertas, mobiliario de baño, cocina, chapas, alfombras, circuitos de vigilancia, tuberías, mallas ciclónicas, jardineras y análogos.

RIESGOS ASEGURADOS

Robo total y/o parcial, con y sin violencia, y daños materiales no catastróficos por cualquier evento de los riesgos asegurados.

SUMAS ASEGURADAS

\$180,000.00 POR UBICACIÓN.

DEDUCIBLE SIN COASEGURO

5% sobre el monto de la pérdida, con mínimo de 30 D.S.M.V.D.F.

CLÁUSULAS ADICIONALES

ENDOSO A VALOR DE REPOSICIÓN

1.- DEFINICIÓN DE VALOR DE REPOSICIÓN

Entendiéndose como "valor de reposición", la sustitución en especie o la indemnización en efectivo a criterio del Consejo de la Judicatura Federal, de los bienes afectados en el siniestro y de conformidad con un presupuesto y /o cotización de las mismas características, que realice en la fecha del evento cualquier proveedor,

en razón de lo anterior, no es aplicable realizar a las bases de indemnización de bienes, descuentos por deméritos de equipos u otros análogos.

Por lo tanto, el término "valor de reposición" significara la suma que se requiere para la construcción y/o reparación cuando se trate de bienes inmuebles y/o adquisición, instalación o reparación cuando se trate de maquinaria y/o equipo de igual clase, calidad, tamaño y/o capacidad de producción que los bienes asegurados, sin considerar deducción alguna por depreciación física, pero incluyendo el costo de fletes, derechos aduanales y gastos de montaje, si los hubiese.

2.- SUMA ASEGURADA

En cualquier parte en que el termino suma asegurada aparezca impreso en la póliza a la que se adhiere este endoso, se sustituirá por el valor de reposición, tal y como se define en la cláusula primera.

3.- EXCLUSIONES

En ningún caso la compañía será responsable bajo esta cláusula:

- a) por cualquier gasto adicional derivado de la necesidad o deseo del asegurado, de construir o reponer los bienes dañados, en lugar distinto del que ocupan al ocurrir el siniestro.
- b) por cualquier gasto adicional en exceso del valor de reposición motivado por las leyes o reglamentos que regulen la construcción, reparación o reposición de los bienes dañados.
- c) Por la diferencia entre el valor real y valor de reposición en caso de pérdida o daño que afecte a bienes permanentemente fuera de uso o inservibles, o aquellos que no sean construidos, reconstruidos, repuestos o reparados, ya que se trate de edificios o maquinaria y equipo.
- d) Por cualquier cantidad mayor del valor de reposición de la o las partes dañadas cuando la pérdida o daño afecte a unas de esas partes de un bien cubierto que para estar completo para su uso conste de varias partes.

REMOCIÓN DE ESCOMBROS

En caso de siniestro indemnizable bajo la presente póliza, la misma se extiende a cubrir los gastos que sean necesarios erogar para remover los escombros de los bienes afectados, hasta el límite máximo establecido en el texto de la póliza.

Remoción de escombros.- quedan comprendidos dentro de esta cobertura todos aquellos gastos causados por desmontaje, demolición, limpieza o varios y cualquier otra actividad similar, no quedan comprendidos los gastos efectuados para disminuir o evitar el daño a que se refiere el Artículo 113 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El endoso queda sujeto a las condiciones generales de la póliza y a las coberturas contratadas, por lo tanto, en el caso de pérdida, deberá dar aviso y sujetarse a lo mencionado para este efecto en las

SEGURO DE BIENES PATRIMONIALES

condiciones generales, asimismo, la cláusula de proporción indemnizable queda sin efecto alguno en cuanto a la cobertura a que se refiere el presente endoso.

Es condición expresa de este endoso, que en caso de pérdida o daño que amerite indemnización, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de la póliza, la compañía se obliga a indemnizar al asegurado hasta el límite máximo mencionado en el primer párrafo por los gastos que sea necesario erogar.

Esta cobertura no surtirá efecto cuando la remoción de escombros sea a consecuencia de que los bienes asegurados hayan sido dañados por riesgos diferentes a los cubiertos, cuando sea por orden de autoridad o decisión del asegurado sin que los bienes asegurados hayan sido afectados por alguno de los riesgos cubiertos, así como las exclusiones citadas en las condiciones generales de la póliza de incendio o rayo y de los endosos anexos a la misma.

SECCIÓN DE APARTADOS

APARTADO A

GLOSARIO QUE SE APLICA EN TÉRMINOS DE LA CLÁUSULA DE PRELACIÓN A TODAS LAS PÓLIZAS DEL PROGRAMA INTEGRAL DE SEGUROS, QUE TÉCNICAMENTE LO PERMITAN.

DEFINICIONES DE CLAUSULADO ESPECIAL:

LA ASEGURADORA DEBERÁ INCLUIR TODOS SUS TEXTOS DE LOS RIESGOS AMPARADOS Y EXCLUIDOS, TANTO EN LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES, ASÍ COMO LAS DE CONVENIO EXPRESO DE ESTAS SECCIONES, PREVALECIENDO ESTAS SOBRE LAS DE LA ASEGURADORA.

TODO RIESGO: Se amparan todos los bienes del Poder Judicial de la Federación a todo riesgo de pérdida o daño material que sufran de manera súbita, violenta, fortuita, imprevista y accidental. Incluyendo aquellos que se presenten en un evento catastrófico, considerado como una acumulación de responsabilidades de una acumulación de bienes expuestos a un peligro común en un tiempo y área determinada, siendo, los riesgos catastróficos (aquellos que están expuestos por su ubicación o naturaleza propia a una eventualidad de tipo colectivo estos de manera enunciativa y no limitativa como terremoto, temblor, erupción volcánica, riesgos hidro-meteorológicos, robo de contenidos, etc...

PRIMER RIESGO: La compañía Aseguradora pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad establecido por cada órgano integrante del Poder Judicial de la Federación, sin exceder del Valor de Reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. El Límite Máximo de Responsabilidad es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real o de reposición de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que sería necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso, incluyendo gastos de envío, fletes, así como los impuestos que se generen por su adquisición o importación.

ENDOSO DE INFLACIÓN AL 5% POR AÑO: Permite actualizar la suma asegurada de acuerdo al índice inflacionario sin caer en bajo seguro de incendio.

ADQUISICIÓN AUTOMÁTICA: Se entiende y conviene que esta póliza otorga cobertura automática, bienes e intereses similares o adicionales, ya sea por adquisición o por cualquier motivo que constituya un riesgo para EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, durante la vigencia de ésta póliza y dentro de los límites territoriales especificados en la misma.

AMIS: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguro

AUTORIZACIÓN PARA REPONER EN ESPECIE, RECONSTRUIR O REPARAR: En caso de siniestro que amerite indemnización bajo la presente Póliza, el Asegurado podrá previo aviso por escrito a la Compañía, optar por la reposición de los bienes dañados o disponer de ellos para empezar inmediatamente su reparación o reconstrucción, ya sea en el mismo sitio en el que se encontraban o en otro o bien para destinarlos a otro uso; quedando entendido que la Responsabilidad de la Compañía está limitada al costo real o de reposición de la reparación, reconstrucción o reposición en especie, sin exceder en ningún caso de la suma asegurada o límite a primer riesgo.

CIEN METROS: Los bienes asegurados quedan igualmente amparados mientras se encuentren temporalmente en maniobras de carga y descarga sobre andenes, plataformas, carros de ferrocarril, camiones o cualquier otro lugar, dentro de los límites de los terrenos de las ubicaciones mencionadas en la Póliza o instalados a una distancia de 100 metros de los mismos.

CLÁUSULA DE ANTICIPOS POR SINIESTROS: El asegurado podrá solicitar un anticipo de hasta el 50% del monto del siniestro, a partir de los 15 días posteriores al mismo, siempre y cuando este se haya declarado procedente y se haya integrado la documentación que avale como mínimo la cantidad pactada.

CLÁUSULA DE NO-SUBROGACIÓN EN CONTRA DE EMPLEADOS Y/O PERSONAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN: Una vez pagada la indemnización correspondiente, el asegurado no se verá obligado a subrogar los derechos a la compañía aseguradora cuando la, el o los responsables del daño haya o hayan sido filiales, subsidiaria, empleados o personal de la entidad.

COBERTURA PARA LOS BIENES QUE POR SU PROPIA NATURALEZA DEBAN ESTAR A LA INTEMPERIE: Se cubre todos aquellos bienes que por su propia naturaleza, operación o almacenamiento deban de estar a la intemperie y estén diseñados para operar fuera de instalaciones.

DERRAME DE EQUIPOS DE PROTECCIONES CONTRA INCENDIO.: Los bienes amparados por la póliza quedan cubiertos por la misma cantidad, contra pérdidas por daños materiales causados directamente por derrames de cualquier equipo de protecciones contra incendio tales como pero no limitativos a: rociadores, hidrantes, rociadores automáticos, etc.

ELIMINACIÓN DE LA CLÁUSULA DE PROPORCIÓN INDEMNIZABLE: Si al momento de ocurrir un siniestro, los bienes tienen un valor total real o de reposición según se indique en la carátula de la póliza superior a la cantidad asegurada, no operará la proporción indemnizable y la Compañía responderá al 100% de los límites a Primer Riesgo fijado en la póliza.

ENDOSO DE INFLACIÓN: Permite actualizar automáticamente la suma asegurada y el límite a primer riesgo de acuerdo al índice inflacionario según el índice nacional de precios al consumidor que se acumule.

EQUIPO MÓVIL O PORTÁTILES: Serán todos aquellos equipos y aditamentos que por sus propias características y diseños pueden moverse de ubicación.

ERRORES Y OMISIONES: Queda entendido y convenido que cualquier error u omisión accidental en el, alta, descripción, inclusión o ubicación de los bienes asegurados no perjudicara los intereses del asegurado, ya que la intención de esta cláusula es de proteger en todo tiempo. Por lo tanto será corregido al ser descubierto y en caso de que dicha corrección lo amerite se efectuará el ajuste de prima.

EVENTO: La empresa aseguradora responderá por los límites establecidos en la póliza por cada evento; definiendo evento como los daños asegurados que sucedan, en un lapso de 72 horas.

HONORARIOS A PROFESIONISTAS, LIBROS Y REGISTROS: Este seguro se extiende a cubrir los honorarios de arquitectos, ingenieros, agrimensores y contadores públicos así como la pérdida o daño a libros de contabilidad, ficheros y otros registros.

Sin embargo la cobertura no excederá del costo de libros o cualquier otro material en blanco mas el costo real del trabajo necesario para transcribir o copiar dichos registros, costos legales correspondientes a planos, especificaciones y servicios relacionados con la reposición o construcción de los bienes asegurados bajo la póliza, siempre que en conjunto con el importe de la pérdida pagada no exceda de la suma asegurada del bien dañado.

INTERESES MORATORIOS: En caso de que la Compañía, no obstante, de haber recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumplan con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual equivalente a la tasa de interés que resulte más alta de los documentos en que mantenga invertidas sus reservas técnicas durante el lapso de mora.

Lo dispuesto anteriormente no es aplicable en los casos a que se refiere el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualista de Seguros, en los que deberá estarse a lo establecido por dicho artículo y por el 136 de la citada ley.

MANIOBRAS DE CARGA Y DESCARGA: Ampara los daños a los bienes que son transportados cuando se realizan las maniobras de carga y descarga.

NO-ADHESIÓN: Los términos y condiciones establecidos en la presente póliza fueron acordados y fijados libremente entre el asegurado y la compañía, por lo que este es un contrato de no-adhesión y por lo tanto no se ubica en el supuesto previsto en el artículo 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros; en esa virtud esta póliza no requiere ser registrada ante C N S y F.

PAGO DE SINIESTROS: Las indemnizaciones serán pagadas a valor de reposición para edificios y contenidos en general; el valor de reposición de los inmuebles se pagará incluso en el caso de que los bienes dañados estuvieran permanentemente fuera de uso o bien no sean reconstruidos, repuestos y reparados. El criterio de indemnización a valor de reposición

operará también para las coberturas de responsabilidad civil en sus diferentes rubros, a menos que las leyes vigentes indiquen una salvedad al respecto.

PERMISOS: Mediante esta cláusula y sin límite de tiempo el asegurado podrá hacer en el lugar afectado adiciones, alteraciones y reparaciones y trabajar a cualquier hora y suspender labores, dejar vacío o dejar desocupado cualquier local, llevar a efecto cualquier trabajo o tener en existencia y hacer uso de todos aquellos artículos materiales, aprovisionamiento y aparatos que puedan necesitar para la normal operación de su negocio.

PRELACIÓN: Cualquier contenido dentro de los textos estipulados en estos contratos-póliza tendrá preferencia sobre las condiciones generales de la aseguradora y en caso de que las generales contravengan o modifiquen los pactados en las condiciones particulares solicitadas éstas condiciones generales quedarán sin efecto.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. El Límite Máximo de Responsabilidad es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real o de reposición de los bienes asegurados.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA CON COBRO DE PRIMA: Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente, con cobro de prima.

RESPONSABILIDAD CIVIL ACTIVIDADES E INMUEBLES: Cubre la Responsabilidad Civil en que incurra el asegurado, empleados o personal por daños o pérdida de bienes de terceros derivadas de las funciones y actividades propias, ya sea como depositario, propietario o arrendatario de terrenos, edificios, locales, laboratorios, equipos portátiles, equipos electrónicos, centros de investigación o almacenes, por el uso de maquinaria, equipo y productos peligrosos que sean utilizados para su actividad, sobre bienes propiedad de terceros en general, así como lesiones corporales a terceros, causados en forma involuntaria.

RESPONSABILIDAD CIVIL ARRENDATARIO: Cubre la Responsabilidad Civil Legal por daños que por incendio o explosión, se causen al inmueble o inmuebles tomados (totalmente o en parte) en arrendamiento por el asegurado para el uso convenido en el contrato de seguro, siempre que dichos daños le sean imputables.

RESPONSABILIDAD CIVIL ESTACIONAMIENTOS: Ampara la Responsabilidad Civil legal en que incurriere el asegurado por daños a automóviles propiedad de terceros que estuvieren bajo su custodia, sin acomodadores sin boletos de estacionamiento, solo con el registro de entrada y/o salidas.

VALOR COMERCIAL PARA VEHÍCULOS: Será el valor de venta que consigna la guía EBC, la auto métrica y AMIS y en caso de existir un porcentaje de incremento a este valor, queda comprendido dentro del valor comercial.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que sería necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso y/o avances tecnológicos, para equipos no mayores a 5 años.

COBERTURA DE DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS DIRECTAMENTE POR FENÓMENOS HIDRO-METEOROLÓGICOS.

CLÁUSULA 1ª COBERTURA.

Con sujeción a las condiciones generales y especiales de la póliza a la cual se adhiere este endoso y con límite en la suma asegurada contratada, los bienes materia del seguro quedan cubiertos, contra pérdidas o daños materiales ocasionados directamente por **AVALANCHAS DE LODO, GRANIZO, HELADA, HURACÁN, INUNDACIÓN, INUNDACIÓN POR LLUVIA, GOLPE DE MAR, MAREJADA, NEVADA Y VIENTOS TEMPESTUOSOS.**

Para efectos de la presente póliza se entenderá por:

A) AVALANCHAS DE LODO

Deslizamiento de lodo provocado por inundaciones o lluvias.

B) GRANIZO

Precipitación atmosférica de agua que cae con fuerza en forma de cristales de hielo duro y compacto. Bajo este concepto además se cubren los daños causados por la obstrucción en los registros de la red hidrosanitaria y en los sistemas de drenaje localizados dentro de los predios asegurados y en las bajadas de aguas pluviales a consecuencia del granizo acumulado en las mismas.

C) HELADA

Fenómeno climático consistente en el descenso inesperado de la temperatura ambiente a niveles iguales o inferiores al punto de congelación del agua en el lugar de ocurrencia.

D) HURACÁN

Flujo de agua y aire de gran magnitud, moviéndose en trayectoria circular alrededor de un centro de baja presión, sobre la superficie marina o terrestre con velocidad periférica de vientos de impacto directo igual o mayor a 118 kilómetros por hora, que haya sido identificado como tal por el servicio meteorológico nacional.

E) INUNDACIÓN

El cubrimiento temporal accidental del suelo por agua, a consecuencia de desviación, desbordamiento o rotura de los muros de contención de ríos, canales, lagos, presas, estanques y demás depósitos o corrientes de agua, naturales o artificiales.

F) INUNDACIÓN POR LLUVIA

El cubrimiento temporal accidental del suelo por agua de lluvia a consecuencia de la inusual y rápida acumulación o desplazamiento de agua originados por lluvias extraordinarias que cumplan con cualquiera de los siguientes hechos:

- que las lluvias alcancen por lo menos el 85% del promedio ponderado de los máximos de la zona de ocurrencia en los últimos diez años, de acuerdo con el procedimiento publicado por

la asociación mexicana de instituciones de seguros (a.m.i.s.), medido en la estación meteorológica más cercana, certificada ésta por el servicio meteorológico nacional de la comisión nacional del agua, o

- que los bienes asegurados se encuentren dentro de una zona inundada que haya cubierto por lo menos una hectárea.

G) MAREJADA

Alteración del mar que se manifiesta con una sobre elevación de su nivel debida a una depresión o perturbación meteorológica que combina una disminución de la presión atmosférica y una fuerza cortante sobre la superficie del mar producida por los vientos.

H) GOLPE DE MAR O TSUNAMI

Daños por el agua ocasionados por la agitación violenta de las aguas del mar a consecuencia de una sacudida del fondo, que eleva su nivel y se propaga hasta las costas dando lugar a inundaciones.

I) NEVADA

Precipitación de cristales de hielo en forma de copos.

J) VIENTOS TEMPESTUOSOS

Vientos que alcanzan por lo menos la categoría de depresión tropical, tornado o grado 8 según la escala de beaufort (62 kilómetros por hora), de acuerdo con el servicio meteorológico nacional o registros reconocidos por éste.

La cobertura aplicable será aquella que origine en forma inmediata los daños directos a los bienes asegurados, independientemente del fenómeno meteorológico que los origine.

CLÁUSULA 2ª BIENES EXCLUIDOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO.

Los bienes que a continuación se indican están excluidos de la cobertura y sólo podrán quedar amparados bajo la misma, mediante convenio expreso entre el asegurado y la compañía, fijando sumas aseguradas por separado como sublímite y mediante el cobro de prima adicional correspondiente. De lo anterior la compañía dará constancia escrita.

1. Edificios terminados que carezcan total o parcialmente de techos, muros, puertas, o ventanas, siempre y cuando dichos edificios hayan sido diseñados y/o construidos para operar bajo estas circunstancias, de acuerdo con los reglamentos de construcción de la zona vigentes a la fecha de la construcción.

2. Maquinaria y/o equipo fijo y sus instalaciones que se encuentren total o parcialmente al aire libre o que se encuentren dentro de edificios que carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros, siempre y cuando hayan sido diseñados específicamente para operar en estas condiciones y estén debidamente anclados.

3. Bienes fijos distintos a maquinaria que por su propia naturaleza estén a la intemperie, entendiéndose como tales aquellos que se encuentren fuera de edificios o dentro de edificios que carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros, como:

- A) albercas.
- B) anuncios y rótulos.
- C) caminos, andadores, calles, guarniciones o patios en el interior de los predios del asegurado.
- D) elementos decorativos de áreas exteriores.
- E) instalaciones y/o canchas deportivas.
- F) luminarias.
- G) muros de contención de concreto armado, bardas, rejas y/o mallas perimetrales y sus puertas o portones.
- H) palapas y pérgolas.
- I) sistemas de riego, incluyendo sus redes de tuberías.
- J) torres y antenas de transmisión y/o recepción.
- K) tanques o silos metálicos o de materiales plásticos.

4. Bienes muebles o la porción del inmueble en sótanos o semisótanos considerándose como tales: cualquier recinto donde la totalidad de sus muros perimetrales se encuentren total o parcialmente bajo el nivel natural del terreno.

CLÁUSULA 3ª DEDUCIBLE.

En cada reclamación por daños materiales causados por los riesgos amparados por este endoso, o remoción de escombros, en caso de que esta cobertura fuese contratada, siempre quedará a cargo del asegurado una cantidad equivalente al porcentaje que se indica en la tabla siguiente sobre el valor, real o de reposición de los bienes asegurados según se haya contratado en esta póliza.

ZONA	DEDUCIBLE	DEDUCIBLE PARA UBICACIONES SITUADAS FRENTE AL MAR, LAGO O LAGUNA, O CON FACHADAS DE CRISTAL, O BIEN CON MUROS DE MATERIALES LIGEROS O EDIFICIOS CERRADOS CON TECHOS DE PALAPA */
ALFA 1 PENÍNSULA DE YUCATÁN	2%	5%
ALFA 1 PACÍFICO SUR	2%	5%
ALFA 1 GOLFO DE MÉXICO	2%	5%
ALFA 1 INTERIOR DE LA REPÚBLICA	2%	2%
ALFA 2	1%	1%
ALFA 3	1%	1%

*/ Contempla también edificios cerrados con muros macizos y techos de palma, guano, tejamanil, paja o zacate.

El deducible se aplicará separadamente con respecto a cada edificio o sus contenidos. Si el seguro comprende dos o más edificios o sus contenidos, el deducible aplicará de manera separada para cada uno de ellos.

Cuando se trate de los bienes contemplados en la cláusula 2ª de este endoso, el deducible aplicable será del 15% de la suma asegurada contratada para estos bienes en la ubicación afectada.

Si el asegurado al momento de la contratación declaró puntualmente los bienes a la intemperie asegurados con el detalle de sus valores, el deducible aplicable será el 5% sobre el valor declarado que en conjunto tengan los bienes a la intemperie.

En caso de que hayan sido contratadas cobertura de pérdidas consecuenciales, se aplicará el deducible indicado en la carátula y/o especificación de coberturas de la presente póliza.

En caso de tener contratadas las coberturas de terremoto y riesgos hidro-meteorológicos para la misma ubicación y ocurrir un evento que produjese daños directos indemnizables por el sismo y por golpe de mar, se aplicará un solo deducible, el del riesgo cuyo deducible estipulado resulte mayor.

CLÁUSULA 4ª COASEGURO.

Es condición indispensable para otorgar la presente cobertura, que el asegurado soporte, por su propia cuenta, un 10% de toda pérdida o daño indemnizable que sobrevenga a los bienes materia del seguro, y, en su caso, a sus pérdidas consecuenciales y remoción de escombros, si es que éstas coberturas hubiesen sido contratadas.

Para bienes relacionados en la cláusula 2ª de este endoso el coaseguro aplicable será de 20% del monto de la pérdida o daño indemnizable.

Para la cobertura de golpe de mar, el coaseguro será el que marca la cobertura de terremoto, de acuerdo a la tarifa de la asociación mexicana de instituciones de seguros (AMIS).

Estos coaseguros se aplican después de descontados los deducibles aplicables.

CLÁUSULA 5ª INTEGRACIÓN DE RECLAMACIONES POR UN EVENTO HIDRO-METEOROLÓGICO

Todas las pérdidas originadas por los riesgos cubiertos a los bienes amparados se considerarán como un solo siniestro si ocurren durante un evento que continúe por un período hasta de 72 horas a partir de que inicie el daño a los bienes asegurados para todos los riesgos señalados en la cláusula 1ª, salvo para inundación, para la cual el lapso se extenderá hasta las 168 horas.

Cualquier evento que exceda de 72 horas consecutivas para todos los riesgos enunciados en la cláusula 1a o de 168 horas para inundación, se considerará como dos o más eventos, tomados en múltiplos de los límites indicados en esta cláusula.

CLÁUSULA 6ª TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen que éste podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito. Cuando el asegurado lo dé por terminado, la compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor de acuerdo con la tarifa para seguros a corto plazo siguiente (en porcentaje de la prima anual):

Hasta 1 mes	35%
Hasta 2 meses	50%
Hasta 3 meses	65%
Hasta 4 meses	80%
Hasta 5 meses	95%
Más de 5 meses	100%

Cuando la compañía lo dé por terminado, lo hará mediante notificación fehaciente al asegurado surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 días de recibida la notificación respectiva. La compañía deberá devolver a prorrata la prima no devengada a más tardar al hacer dicha notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

CLÁUSULA 7ª DEFINICIONES GENERALES**A) ALCANTARILLADO**

Red de canales subterráneos que, a lo largo de las calles recibe las aguas sucias y los detritos domésticos e industriales, así como las aguas de lluvia, llevándolas hasta instalaciones depuradoras o las vierte en un río o en el mar.

B) BAJADA DE AGUA PLUVIAL

Conducto instalado desde la cubierta de un edificio hasta el nivel del piso para desalojar aguas pluviales.

C) BIEN MUEBLE

Cualquier bien que por su naturaleza puede ser trasladado de un lugar a otro, tales como, maquinaria portátil, mobiliario, existencias, materias primas, productos terminados o en proceso, refacciones, accesorios, entre otros.

D) CIMENTACIÓN

Parte de un edificio bajo el nivel del suelo o bajo el primer nivel al que se tenga acceso, hecho de mampostería, de concreto armado, acero o concreto, que transmite las cargas que soporta una estructura al subsuelo.

E) CONSTRUCCIÓN MACIZA

Las edificaciones que contemplen en su construcción:

Muros: de piedra, tabique, tabicón, block de cemento, tepetate, adobe o concreto armado. Se permite que en estos muros existan secciones de vidrio block.

Entrepisos: de bóveda metálica, bovedillas, siporex, losa acero, tridilosa, bóveda de ladrillo sobre armazón de hierro o cemento armado.

Techos: de concreto, bóveda de ladrillo, vigueta y bovedilla, siporex, losa acero, tridilosa con hormigón o mezcla con espesor mínimo de 2 ½ centímetros.

Estructura: de acero estructural, de concreto armado, a base de muros de carga de concreto, tabique, de adobe o mampostería, se consideran como construcción maciza, pero bajo el concepto de "nave industrial", aquellos edificios que contemplen:

Muros o techos: de lámina metálica, de multipanel, o de asbesto, cuando estos materiales estén presentes en una superficie mayor al 20% del total de los muros o de propios los techos.

Fachadas: de cristal, siempre que estén diseñados y ejecutados de acuerdo con los reglamentos de construcción vigentes al momento de la edificación de la obra.

Estructura de madera

F) DEPÓSITOS O CORRIENTES ARTIFICIALES DE AGUA

Vasos, presas, represas, embalses, pozos, lagos artificiales, canales de ríos y vertederos a cielo abierto.

G) DEPÓSITOS O CORRIENTES NATURALES DE AGUA

Los que provienen de afluentes, ríos, manantiales, riachuelos o arroyos, aguas contenidas en lagos o lagunas.

H) EDIFICACIÓN EN DEMOLICIÓN

Edificio o construcción en el que se realice trabajo físico en forma intencional y premeditada cuyo objetivo sea su desmantelamiento, derrumbe o destrucción en forma parcial o total.

I) EDIFICACIÓN EN RECONSTRUCCIÓN

Edificio o construcción en el que se realice trabajo físico en forma planeada y organizada cuyo objetivo sea volver a construirlo, restableciendo las mismas características físicas y funcionales con las que fue concebido desde su origen.

J) EDIFICACIÓN EN REMODELACIÓN

Edificio o construcción en el que se realice trabajo físico para modificarlo o transformarlo variando sus características físicas o funcionales en forma parcial o total, pero siempre y cuando no implique la modificación de su soporte estructural o armazón.

K) EDIFICACIÓN EN REPARACIÓN

Edificio o construcción en el que se realice trabajo físico con el objetivo de devolver al inmueble su estado físico o de funcionalidad con el que contaba inmediatamente anterior a la ocurrencia del daño material que motivó dichos trabajos.

L) EDIFICIO TERMINADO

El inmueble listo para su ocupación, que cuenta con todas sus ventanas y vidrios instalados, pisos terminados, puertas colocadas y muros y techos.

M) FALTA O INSUFICIENCIA DE DRENAJE EN LOS INMUEBLES DEL ASEGURADO

Falta o insuficiencia de capacidad de los sistemas de drenaje y de desagüe pluvial propios de la instalación hidrosanitaria del inmueble asegurado para desalojar los residuos generados en el uso del inmueble o la captación pluvial del mismo y que provoca un saturamiento de dichos sistemas, teniendo como consecuencia su desbordamiento.

N) MUROS DE CONTENCIÓN

Los que confinan y retienen el terreno pudiendo encontrarse bajo el nivel del piso accesible más bajo, trabajando cimentaciones y pueden ser independientes, encontrándose fuera de un edificio sin recibir ninguna carga y no estar ligados a la estructura de un edificio.

O) MUROS DE MATERIALES LIGEROS

Los construidos con materiales distintos a piedra, tabique, tabicón, block de cemento, tepetate, adobe o concreto armado.

P) UBICACIONES SITUADAS EN LA PRIMERA LÍNEA FRENTE AL MAR, LAGO O LAGUNA

Conjunto de bienes aseguradas bajo un mismo domicilio donde su primera edificación en línea recta a la fuente de agua se encuentre a menos de:

- 500 metros de la línea de rompimiento de las olas en marea alta
- 250 metros de la "RIVERA" del lago o laguna.

PÉRDIDAS CONSECUENCIALES POR RIESGOS HIDRO-METEOROLÓGICOS, SUELDOS, SALARIOS Y/O GASTOS FIJOS.

A) RIESGOS CUBIERTOS:

La pérdida pecuniaria real y efectiva en **sueldos, salarios y/o gastos fijos** de la negociación asegurada, que necesariamente continúen y se sigan erogando, directamente resultante de la necesaria interrupción de la operación del negocio a consecuencia de daños físicos directos o la destrucción de los bienes asegurados por la realización de alguno de riesgos los cubiertos bajo el endoso de fenómenos hidro-meteorológicos.

También se cubren los gastos en que sea necesario incurrir, con el objeto de reducir la pérdida, pero sin exceder de la cantidad en que efectivamente se haya reducido.

El asegurado ha declarado el(los) importe(s) anual(es) estimado(s) para sus conceptos de sueldos, salarios y gastos fijos, mismos que se encuentran indicados en la carátula y/o en la especificación de coberturas, quedando entendido y convenido que en caso de que estos sean inferiores a los que realmente tuvo durante los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha del siniestro, será aplicable la cláusula de proporción indemnizable estipulada en las condiciones generales de la póliza.

En consideración a la cuota aplicada a esta cobertura, el periodo máximo de indemnización amparado por la misma, en ningún caso excederá del número de meses señalado en la carátula o especificación de coberturas de la presente póliza.

Sin exceder del periodo de indemnización estipulado, ni de los límites máximos de responsabilidad establecidos en los numerales primero y segundo abajo señalados, la compañía será responsable solamente durante el tiempo que sea necesario, a partir de la fecha del daño o destrucción, para reconstruir, reparar o reemplazar la parte de la propiedad que haya sido dañada o destruida y que se encuentre asegurada por esta póliza, hasta reanudar las operaciones normales del negocio existentes inmediatamente antes del siniestro.

Con sujeción a las condiciones generales impresas en la póliza a la cual va adherida, esta cobertura, la compañía conviene en que, si la propiedad descrita en la póliza, fuere destruida ó dañada por alguno de los riesgos contratados en la póliza de daños directos bajo el endoso de fenómenos hidro-meteorológicos, que ocurriere durante la vigencia de esta póliza y las operaciones del negocio fueren interrumpidas ó entorpecidas a causa de los riesgos cubiertos, esta compañía será responsable, como más adelante se expresa, por la pérdida efectiva que sufra el asegurado durante el periodo de indemnización contratado, por:

Primero. Los gastos fijos que necesariamente tengan que seguirse erogando durante una suspensión total ó parcial de operaciones pero solamente en la medida que el negocio hubiere producido para cubrir tales gastos de no haber ocurrido el siniestro, hasta un límite máximo de responsabilidad señalado en la carátula o especificación de coberturas de la presente póliza.

Segundo. Los sueldos y salarios de los trabajadores al servicio del asegurado en su negocio cubierto bajo la póliza, siempre que tales salarios tengan que continuar pagándose durante la total o parcial suspensión del negocio, pero solamente en la medida que el negocio hubiera producido para cubrir tales salarios de no haber ocurrido el siniestro, hasta un límite máximo de responsabilidad señalado en la carátula o especificación de coberturas de la presente póliza.

Como el objeto de esta cobertura es indemnizar al asegurado de los daños que resienta por la paralización ó interrupción de su negocio, la compañía no será responsable por cantidad alguna que no hubiere sido producida por el negocio de no haber acontecido el siniestro. Para la determinación de la indemnización, se considerará la experiencia anterior a la fecha del siniestro y la probable experiencia posterior que hubiera habido de no suceder éste.

B) DEFINICIONES:

Los términos que en seguida se citan tendrán los significados siguientes:

- 1.- GASTOS FIJOS.**- los gastos que necesariamente tengan que seguirse erogando durante una suspensión total o parcial de operaciones pero solamente en la medida que el negocio hubiere producido para cubrir tales gastos de no haber ocurrido el siniestro
- 2.- LÍMITE(S) MÁXIMO(S) DE RESPONSABILIDAD.**- en singular o en plural, la(s) suma(s) asegurada(s) máxima(s) a indemnizar en caso de siniestro por los conceptos de sueldos,

salarios y gastos fijos. Dependiendo del esquema de cobertura seleccionado, pueden considerarse como valores independientes para a) gastos y b) sueldos y salarios, o bien contemplarse como un solo límite único y combinado en un solo valor para estos dos conceptos. Los límites máximos de responsabilidad en ningún caso podrán ser mayores al importe anual estimado para conceptos de sueldos, salarios y gastos fijos.

3.- PERIODO DE INDEMNIZACIÓN.- Es el período que se inicia en la fecha del siniestro y dentro de la vigencia de la cobertura, y que termina al transcurrir el número de meses estipulados en ella, dentro de cuyo período puedan quedar afectadas las operaciones del negocio asegurado como consecuencia del referido siniestro y sin quedar limitado por la fecha de expiración de la vigencia de esta cobertura.

4.- SUELDOS Y SALARIOS.- Remuneración económica por el trabajo realizado por una persona, establecido mediante un contrato laboral o de servicio entre el asegurado y el o los trabajadores, así como las prestaciones previstas ya sea en la ley asociadas al sueldo o salario como las cuotas por seguridad social, las del Infonavit, el SAR, etc. o bien las previstas en el contrato colectivo de trabajo.

5.- IMPORTE ANUAL ESTIMADO PARA CONCEPTOS DE SUELDOS, SALARIOS Y GASTOS FIJOS.- el monto que el asegurado ha declarado a la contratación de la póliza como valor de referencia sobre los montos que representan anualmente los sueldos, salarios y gastos fijos. Dependiendo del esquema de cobertura contratado, pueden venir señalados como valores independientes para a) gastos y b) sueldos y salarios, o bien como un solo valor para estos dos conceptos.

C) CONDICIONES ADICIONALES:

1.- INTERRUPCIÓN POR AUTORIDAD CIVIL.- dentro del periodo de indemnización contratado, esta cobertura ampara la pérdida consecuencial real asegurada, sin exceder de dos semanas consecutivas, cuando, como resultado directo de la afectación por los riesgos amparados en los bienes del asegurado o en predios colindantes, el acceso a los predios haya sido prohibido por orden de autoridades civiles.

2.- REANUDACIÓN DE OPERACIONES Y USO DE OTRAS PROPIEDADES.- tan pronto como fuere posible después de ocurrir cualquier siniestro, es obligación del asegurado reanudar total o parcialmente las operaciones de su negocio cubierto en la presente cobertura y usar, si fuere necesario y posible, otros locales o propiedades si por estos medios puede ser reducida la pérdida amparada por la presente y tal reducción será tomada en cuenta al determinar las pérdidas que hubieran de pagarse de acuerdo con este contrato.

3.- EQUIPO Y MATERIALES SUPLEMENTARIOS.- toda maquinaria suplementaria, refacciones, equipo, materiales, accesorios, materias primas y productos en proceso de elaboración excedentes de reserva, que sean propiedad del asegurado o puedan ser controlados y usados por él, en caso de siniestro deberán utilizarse para poner su negocio asegurado bajo la presente cobertura en condiciones de continuar o reanudar operaciones.

4.- EXCLUSIONES ADICIONALES.- esta compañía no será responsable por pérdida alguna resultante por daño o destrucción de productos terminados, ni por el tiempo que fuera necesario para reproducir cualquier producto terminado que hubiere sido dañado o destruido, ni por pérdida alguna que puede ser ocasionada por cualquier mandato o ley que reglamente la construcción o reparación de edificios, ni por la suspensión, expiración o cancelación de cualquier contrato de arrendamiento o concesión, contrato, pedido u orden, ni por cualquier otra pérdida consecuencial.

5.- DISMINUCIÓN DE GASTOS ASEGURADOS.- el asegurado tiene la obligación de reducir en lo posible los gastos asegurados durante el período de indemnización, con objeto de reducir la pérdida.

6.- LIBROS O REGISTROS DE CONTABILIDAD.- para efectos de indemnización de la presente cobertura el asegurado otorga a la compañía la autorización de revisar libros o registros de contabilidad, así como la documentación oficial.

7.- CAUSAS DE CESACIÓN DE LA COBERTURA.

Las obligaciones de la aseguradora en lo concerniente a esta cobertura de pérdidas conacionales cesarán si se diere cualquiera de los siguientes hechos:

- Si después de un siniestro el asegurado suspendiere voluntariamente el negocio para no volverlo a reanudar, esta cobertura quedará cancelada y la compañía devolverá la prima a prorrata no devengada a la fecha del siniestro.
- Si se clausura el negocio durante un período consecutivo de veinte o más días.
- Si se entrega el negocio a un liquidador o síndico ya sea por orden judicial, por acuerdo de acreedores o por voluntad del asegurado.

D) deducible

En cada reclamación causada por los riesgos amparados por esta cobertura, siempre quedará a cargo del asegurado una cantidad equivalente al porcentaje o días de espera que se indica en la carátula o especificación de coberturas de la presente póliza.

E) coaseguro

Es condición indispensable que el asegurado soporte, por su propia cuenta, un 10% de toda pérdida o daño indemnizable que sobrevenga las pérdidas conacionales. Este coaseguro se aplica después de descontados los deducibles aplicables.

ADECUACIÓN DEL CONCEPTO DE EXTENSIÓN DE CUBIERTA

NUEVA ESTRUCTURA DE EXTENSIÓN DE CUBIERTA
EXPLOSIÓN.
HUELGAS, ALBOROTOS POPULARES, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO Y DAÑOS POR ACTOS DE PERSONAS MAL INTENCIONADAS.
NAVES AÉREAS U OBJETOS CAÍDOS DE ELLAS.
VEHÍCULOS O NAVES AÉREAS PROPIEDAD DEL ASEGURADO O A SU SERVICIO, O PROPIEDAD O AL SERVICIO DE INQUILINOS.
HUMO O TIZNE.
ROTURAS O FILTRACIONES ACCIDENTALES DE TUBERÍAS O SISTEMAS DE ABASTECIMIENTOS DE AGUA O DE VAPOR.
DESCARGAS ACCIDENTALES O DERRAME DE AGUA O DE VAPOR DE AGUA, PROVENIENTES DE APARATOS O EQUIPOS INDUSTRIALES O DOMÉSTICOS, COMPRENDIENDO SISTEMAS DE REFRIGERACIÓN, ACONDICIONAMIENTO DE AIRE O CALEFACCIÓN.
CAÍDA DE ÁRBOLES.
CAÍDA DE ANTENAS PARABÓLICAS Y DE RADIO DE USO NO COMERCIAL.

EL RENOMBRAMIENTO DE LA COBERTURA DE DAÑOS POR AGUA

EL CONCEPTO DE "DAÑOS POR AGUA" QUEDA COMO "DAÑOS A TUBERÍAS Y/O SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA" RIESGOS QUE COMPRENDE ESTA COBERTURA:

DAÑOS A TUBERÍAS Y/O SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA
ROTURAS O FILTRACIONES ACCIDENTALES DE TUBERÍAS O SISTEMAS DE ABASTECIMIENTOS DE AGUA O DE VAPOR.
DESCARGAS ACCIDENTALES O DERRAME DE AGUA O DE VAPOR DE AGUA, PROVENIENTES DE APARATOS O EQUIPOS INDUSTRIALES O DOMÉSTICOS, COMPRENDIENDO SISTEMAS DE REFRIGERACIÓN, ACONDICIONAMIENTO DE AIRE O CALEFACCIÓN.

• CANCELACIÓN ANTICIPADA

Esta póliza puede ser cancelada en cualquier momento, a solicitud del asegurado, mediante un aviso por escrito enviado con treinta días de anticipación a la fecha de cancelación. Dicho aviso deberá estipular la fecha de cancelación, debiendo ser cuando menos, treinta días después, operando bajo los siguientes conceptos:

Si el asegurado cancela la póliza, la compañía retendrá la proporción devengada de la prima en la manera usual y devolverá la proporción a prorrata, de la prima del riesgo no devengado.

• **ALTAS Y BAJAS O INCREMENTOS Y DISMINUCIONES DE LÍMITES**

Las altas, bajas, reducciones o incrementos de sumas aseguradas o límites, durante la vigencia de la póliza se cobrarán o devolverán de acuerdo a la tarifa inicial a prorrata.

• **LIQUIDACIÓN DE PÉRDIDAS**

En caso de cualquier pérdida indemnizable bajo esta póliza, la compañía liquidará a los asegurados dentro del plazo legal el importe de las pérdidas; por plazo legal se entenderá el que fija la ley para el pago de indemnizaciones de 15 días contados a partir de la fecha en que sean entregados a la compañía toda la documentación probatoria de la pérdida. En caso de incumplimiento, la compañía pagará los intereses moratorios de acuerdo a la cláusula autorizada (intereses moratorios).

• **CONDICIONES IMPRESAS**

Quedan sujetas las partes contratantes a las presentes condiciones especiales, teniendo prelación las de EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN sobre las condiciones generales y sus endosos de la Aseguradora.

• **NO ADHESIÓN**

De acuerdo con la circular S-8.1 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los productos de seguros que se ofrezcan al público, como contratos de no adhesión y que conforme a la regulación aplicable, requieran registro ante la comisión nacional de seguros y fianzas, las instituciones aseguradoras deberán apearse a los lineamientos señalados en la disposición cuarta de la circular antes mencionada, con excepción de lo relativo al dictamen jurídico.

Sin embargo, los que por su naturaleza técnica o características especiales, impliquen que la institución aseguradora adopte las tarifas y condiciones de aseguramiento de los reaseguradores, no requerirán reasegurarse a lo establecido en el artículo 36-d de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para su operación, según se establece en la cláusula décima sexta inciso a) de la citada circular.

• **CLÁUSULA DE BUENA FE**

Conviene ambas partes, tanto el asegurado como la aseguradora, aceptar en términos del artículo 50, fracción IV, de la ley sobre el contrato de seguro, renunciar a la rescisión del contrato por la omisión ó inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9, y 10 de la citada ley.

• **ALTAS Y BAJAS**

La compañía acepta cubrir bajo el presente endoso en la póliza de seguro, todas aquellas adquisiciones de bienes muebles e inmuebles hechas por el asegurado, en relación con la operación, bajo las condiciones y precio pactados para cada riesgo y ejercicio fiscal, cubriendo el importe correspondiente a prorrata.

Así mismo acepta dar de baja aquellos bienes muebles e inmuebles que por su naturaleza el asegurado no tenga la responsabilidad de asegurarlos y devolverá la prima no devengada a prorrata.

Los bienes inmuebles nuevos que se adquieran durante el curso de la vigencia, serán reportados a la aseguradora para su alta respectiva, los cuales se ampararán bajo los mismos términos establecidos en la póliza, sus condiciones especiales y generales.

- **ACREDITACIÓN DE LA POSESIÓN DE LA PROPIEDAD EN PÓLIZAS DE DAÑOS**

La posesión del bien o bienes asegurados se demostrara con el resguardo correspondiente o el reporte de inventario del asegurado.

- **PAGO EN ESPECIE, SE ADJUNTA EL CONTENIDO DEL CONVENIO DE PAGO EN ESPECIE PARA TODO EL RAMO DE DAÑOS.**

Ambas partes pactan realizar el pago en especie de acuerdo a la publicación del diario oficial del jueves 4 de mayo del 2000, por parte se la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; en su Capítulo V, Tercera Sección, Numeral 43 párrafo cuarto que a la letra dice:

“En caso de que la recuperación de seguros se proponga en especie las dependencias deberán suscribir un convenio con la compañía aseguradora que garantice la restitución de los bienes siniestrados, con las mejores condiciones a favor del Gobierno, el cual deberá contar con el dictamen favorable de la Contraloría, a través del órgano de control interno en la dependencia u órgano desconcentrado.”

- **ASIGNACIÓN DE PERSONAL**

Se deberá asignar por lo menos a un ejecutivo para la atención y servicio de la cuenta con los conocimientos y facultades necesarias para la toma de decisiones en la tramitación, emisión, pago de indemnizaciones y cualquier asunto referente con el programa de aseguramiento integral. El cual deberá estar disponible los 365 días del año las 24 hrs. del día y deberá presentarse por lo menos una vez a la semana en las instalaciones del asegurado.

- **APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES**

Quedan amparados los riesgos tanto de las condiciones generales, así como los que sean aplicables por convenio expreso a cada una de las pólizas de acuerdo al giro del asegurado.

Los riesgos excluidos en las condiciones generales aplicarán siempre y cuando no contravengan, limiten o minimicen las coberturas y condiciones solicitadas.

Las condiciones y cláusulas que no aparezcan en este glosario podrán ser complementadas libremente, siendo requisito que se anexasen en su oferta técnica, siempre y cuando no se contrapongan con lo establecido en bases

- **AJUSTADORES**

“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN” tendrá el derecho de solicitar el cambio de ajustador que no esté proporcionando el servicio óptimo.

APARTADO B.-

CONVENIO DE REPOSICIÓN EN ESPECIE PARA EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN CONVENIO DE REPOSICIÓN EN ESPECIE.

CONVENIO DE REPOSICIÓN EN ESPECIE, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN **ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN** REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL

_____, DIRECTOR DE _____, CON LA PARTICIPACIÓN DEL LIC. _____, DIRECTOR DE _____ A

QUIEN EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ **"EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN"** Y POR LA OTRA PARTE **"LA ASEGURADORA**.

_____", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL _____-, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **"LA ASEGURADORA"**, CON LA FINALIDAD DE DAR POR PAGADAS EN **"ESPECIE"** LAS RECLAMACIONES DE SINIESTROS OCURRIDOS EN LOS DIVERSOS SEGUROS DEL PROGRAMA INTEGRAL DE ASEGURAMIENTO, EXISTENTE A LA FECHA Y EN SU OPORTUNIDAD OTORGARSE RECÍPROCAMENTE EL FINQUITO MÁS EFICAZ QUE EN DERECHO PROCEDA, DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

I. D E C L A R A C I O N E S

II. DE "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN"

- A)** QUE EL LIC _____, DIRECTOR DE _____, CUENTA CON EL PODER LEGAL Y LAS FACULTADES SUFICIENTES PARA CELEBRAR EL PRESENTE CONVENIO, MISMAS QUE LE FUERON CONFERIDAS EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO _____, DE FECHA ___ DE ___ DEL _____, OTORGADA ANTE LA FE DEL NOTARIO PÚBLICO NÚMERO _____ DEL DISTRITO FEDERAL, LIC. _____.
- B)** QUE SEÑALA COMO SU DOMICILIO PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONVENIO, EL UBICADO EN _____ No. _____, COL. _____, DELEGACIÓN _____, CÓDIGO POSTAL _____, CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.
- C)** QUE EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 5° DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO HA TENIDO Y TIENE ADECUADA Y SATISFACTORIAMENTE ASEGURADOS SUS BIENES CON LA INSTITUCIÓN DENOMINADA **"LA ASEGURADORA _____"**

- D) QUE SE TENDRÁN DOCUMENTADAS LAS RECLAMACIONES POR SINIESTROS QUE SE DETALLAN EN LA CLÁUSULA PRIMERA DE ESTE INSTRUMENTO, OCURRIDOS EN EL PROGRAMA INTEGRAL DE SEGUROS.
- E) QUE POR ASÍ CONVENIR A SUS INTERESES Y A FIN DE REPONER SU PATRIMONIO, PARA QUE NO SE VEA DISMINUIDA SU CAPACIDAD OPERATIVA, ESTE TRIBUNAL, SOLICITA A “**LA ASEGURADORA**” SE PROCEDA CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 116 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, ASÍ COMO LOS ARTÍCULOS 2062, 2078, 2079, 2088, 2095 Y DEMÁS RELATIVOS DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL, A PAGAR EL IMPORTE TOTAL DE LAS RECLAMACIONES POR SINIESTROS OCURRIDOS EN DIVERSOS BIENES, MEDIANTE LA REPOSICIÓN EN ESPECIE Y DE CONFORMIDAD CON EL CLAUSULADO QUE MÁS ADELANTE SE PRECISA.
- F) QUE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 53 DEL MANUAL DE NORMAS PRESUPUESTARIAS PARA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, EMITIDAS POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO, PUBLICADAS EL DÍA 3 DE SEPTIEMBRE DEL 2002 EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, CONTEMPLA LA RECUPERACIÓN DE PAGO EN ESPECIE, POR PARTE DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS CON LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS, CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR LAS MEJORES CONDICIONES A FAVOR DEL GOBIERNO FEDERAL. EN LA RESTITUCIÓN DE LOS BIENES SINIESTRADOS SE RESERVA EL DERECHO DE SELECCIONAR AQUELLOS CON QUE SE REPODRÁN LOS MISMOS.
- G) QUE DE CONFORMIDAD CON LA FRACCIÓN VIII DEL ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO DEL ACUERDO QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES DE PRODUCTIVIDAD, AHORRO, TRANSPARENCIA Y DESREGULACIÓN PRESUPUESTARIA EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL PARA EL EJERCICIO FISCAL DEL AÑO 2001, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DEL 28 DE FEBRERO DEL AÑO 2001, LA REPOSICIÓN DE LOS BIENES PATRIMONIALES SINIESTRADOS SE SUJETARÁ A LOS LÍMITES DEL VALOR DE REPOSICIÓN DE LOS BIENES PATRIMONIALES, QUE HA DETERMINADO SU ÓRGANO DE CONTROL INTERNO DEPENDIENTE DE LA SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, A TRAVÉS DE SU DICTAMEN ENUNCIADO EN SU DECLARACIÓN F) QUE ANTECEDE.

III. DE “**LA ASEGURADORA**”

- A) QUE ES UNA INSTITUCIÓN DE SEGUROS LEGALMENTE CONSTITUIDA CONFORME A LA LEGISLACIÓN MEXICANA, SEGÚN CONSTA EN LA ESCRITURA PÚBLICA No. _____ DE FECHA _____, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. _____, NOTARIO PÚBLICO NO. _____ DEL DISTRITO FEDERAL, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD DEL DISTRITO FEDERAL, EN LA SECCIÓN COMERCIO BAJO EL NÚMERO _____, LIBRO _____, VOLUMEN ____, FOJAS ____, FOLIO ACTUAL _____, DE FECHA _____, MODIFICADA

MEDIANTE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO _____, DE FECHA _____, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. _____, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO _____, DE LA CIUDAD DE _____, PARA QUEDAR BAJO LA DENOMINACIÓN ACTUAL.

B) QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE INSCRITA EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, BAJO EL NÚMERO _____.

C) QUE CUENTA CON AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, SEGÚN CONSTA EN EL NÚMERO DE OFICIO _____, DE FECHA _____, MODIFICADO PARA QUEDAR EN LOS TÉRMINOS ACTUALES MEDIANTE OFICIO NÚMERO _____ DE FECHA _____ PARA OPERAR COMO INSTITUCIÓN DE SEGUROS EN LOS RAMOS DE.....; POR LO QUE EN EL EJERCICIO DE SU ACTIVIDAD SOCIAL, EFECTIVAMENTE HA EXPEDIDO DIVERSAS PÓLIZAS DE SEGUROS PARA MANTENER ADECUADA Y SATISFACTORIAMENTE ASEGURADO EL PATRIMONIO DE **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”**.

D) QUE EL _____, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, ACREDITA SU PERSONALIDAD JURÍDICA CONFORME A LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO _____, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. _____, NOTARIO PÚBLICO No. _____, DEL DISTRITO FEDERAL, CUENTA CON PODERES AMPLIOS Y BASTANTES PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONVENIO DE REPOSICIÓN EN ESPECIE A NOMBRE DE **“LA ASEGURADORA”**, CUYO NOMBRAMIENTO Y FACULTADES, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, NO LE HAN SIDO REVOCADAS NI MODIFICADAS EN FORMA ALGUNA.

E) QUE PARA LOS FINES Y EFECTOS DEL PRESENTE CONVENIO, SEÑALA COMO SU DOMICILIO EL UBICADO EN _____, COLONIA _____, C.P. _____, DELEGACIÓN _____, MÉXICO DISTRITO FEDERAL.

F) QUE EN CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO SOCIAL, EXPIDIÓ A FAVOR DE **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”**, LAS SIGUIENTES PÓLIZAS:

# PÓLIZA Y RAMO	VIGENCIA

G) QUE AL AMPARO DE ESTAS PÓLIZAS SE HAN RECIBIDO RECLAMACIONES DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS EN LOS BIENES PATRIMONIALES PROPIEDAD Y/O BAJO RESPONSABILIDAD DE **“EL PODER JUDICIAL DE LA**

FEDERACIÓN", QUE A LA FECHA HAN SIDO DOCUMENTADAS DEBIDAMENTE Y CUYO PAGO SERÁ OBJETO Y MATERIA DEL PRESENTE CONVENIO.

- H) QUE POR ASÍ CONVENIR A SUS INTERESES, **"EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN"** SOLICITA Y **"LA ASEGURADORA"** ACCEDA A LA PETICIÓN DE **"EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN"**, EN EL SENTIDO DE QUE SE LE PAGUEN LAS INDEMNIZACIONES PARA CUBRIR, MEDIANTE LA REPOSICIÓN EN ESPECIE, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS MENCIONADOS CON ANTERIORIDAD.

SENTADO LO ANTERIOR, AMBAS PARTES DE COMÚN ACUERDO MANIFIESTAN SU EXPRESA CONFORMIDAD EN CELEBRAR EL CONVENIO DE REPOSICIÓN EN ESPECIE, EL CUAL SE SUJETA A LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA. “TRIBUNAL” Y “LA ASEGURADORA”, ESTÁN DE ACUERDO EN LA PROCEDENCIA E INTEGRACIÓN COMPLETA DE LOS EXPEDIENTES DE SINIESTROS DE LOS BIENES PATRIMONIALES, QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN:

	PÓLIZA AFECTADA	FECHA DEL SINIESTRO	MONTO
TOTAL			

SEGUNDA AMBAS PARTES DE COMÚN ACUERDO, RECONOCEN QUE EL MONTO TOTAL DE LOS SINIESTROS OCURRIDOS Y DETALLADOS EN LA CLÁUSULA ANTERIOR, ASCIENDE A \$

TERCERA EN TALES CONDICIONES “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” SOLICITA DE “**LA ASEGURADORA**”, PROCEDA A LIQUIDARLE EL IMPORTE DE SUS RECLAMACIONES MEDIANTE LA REPOSICIÓN EN ESPECIE. AL EFECTO CON OFICIO “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” GIRARÁ INSTRUCCIONES AL PROVEEDOR _____ DE SU CONFIANZA QUE LE OTORGUEN LAS MEJORES CONDICIONES A FAVOR DEL GOBIERNO FEDERAL, FORMULÁNDOLE EL PEDIDO CORRESPONDIENTE EN LA QUE ESTABLECERÁN LOS BIENES, SUS CARACTERÍSTICAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y DEMÁS DATOS NECESARIOS A EFECTO DE QUE SE FORMULE LA COTIZACIÓN CORRESPONDIENTE, DEBIENDO HACERLE ENTREGA DE UNA COPIA DE DICHO OFICIO A “**LA ASEGURADORA**”.

CUARTA. UNA VEZ OBTENIDA LA COTIZACIÓN, LAS CONDICIONES DE ENTREGA Y DEMÁS INFORMACIÓN NECESARIA, “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” GIRARÁ INSTRUCCIONES A “**LA ASEGURADORA**”, SEÑALÁNDOLE QUE LOS BIENES DEBERÁN SER ENTREGADOS A “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**”, DENTRO DEL PLAZO QUE HUBIERE CONVENIDO CON EL PROVEEDOR ELEGIDO, ASÍ MISMO LE INDICARÁ QUE LA FACTURA DE LOS BIENES, DEBERÁ SER EXPEDIDA A FAVOR DE “**LA ASEGURADORA**”, PUESTO QUE ESTA LOS ADQUIRIRÁ PARA DARLOS VÍA, REPOSICIÓN EN ESPECIE A “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**”, SOLVENTÁNDOSE ASÍ LAS RECLAMACIONES PENDIENTES HASTA LA FECHA.

QUINTA. EN NINGÚN CASO EL VALOR DE LOS BIENES MATERIALES, OBJETO

- DE LA INDEMNIZACION PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR DE REPOSICIÓN, QUE **“LA ASEGURADORA”** DEBE CUBRIR A **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”**.
- SEXTA.** UNA VEZ ADQUIRIDOS LOS BIENES POR **“LA ASEGURADORA”** Y ENTREGADOS A **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”**, ESTE SE CONSTITUYE EN RESPONSABLE ÚNICO DEL USO QUE SE LE DE A CADA UNO DE ELLOS, ASÍ COMO TAMBIÉN SE RESPONSABILIZA DE MANTENERLOS DEBIDAMENTE ASEGURADOS Y DE TRAMITAR CUALQUIER DOCUMENTACIÓN LEGAL QUE SE REQUIERA, DEPENDIENDO EL TIPO DE BIEN INDEMNIZADO.
- SÉPTIMA.** **“LA ASEGURADORA”**, ASUME LA OBLIGACIÓN DE PROCEDER A LA BREVEDAD A FACTURAR DICHS BIENES A **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”** DEBIENDO ABSORBER, CON CARGO A LA INDEMNIZACIÓN, TODOS Y CADA UNO DE LOS GASTOS, DERECHOS E IMPUESTOS QUE SE CAUSEN TANTO POR LA ADQUISICIÓN DE TALES BIENES, COMO POR SU ENTREGA, TRASLADO DE DOMINIO VÍA REPOSICIÓN EN ESPECIE, AQUÍ CONVENIDA Y DEMÁS GASTOS INHERENTES.
- OCTAVA.** EN CASO DE UNIDADES AUTOMOTRICES NUEVAS, **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”** DEBERÁ PROCEDER A REALIZAR LOS TRÁMITES Y GESTIONES PERTINENTES DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A LA FACTURACIÓN DE LOS VEHÍCULOS A FAVOR DE ESTE, A FIN DE QUE DICHS VEHÍCULOS QUEDEN A SU NOMBRE Y BAJO SU ESTRICTA RESPONSABILIDAD.
- NOVENA.** DADO QUE SE TRATA DE LA REPOSICIÓN EN ESPECIE, DE BIENES USADOS O NUEVOS ADQUIRIDOS EX PROFESO A FAVOR DE **“EL TRIBUANL”**, **“LA ASEGURADORA”** QUEDA LIBERADA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR TODOS Y CADA UNO DE LOS VICIOS OCULTOS, DEFECTOS DE FABRICACIÓN Y EVICCIÓN QUE, EN SU CASO, PUDIERAN SOBREVENIR RESPECTO DE LOS BIENES ADQUIRIDOS.
- DÉCIMA.** **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”**, CONTRA ENTREGA DE LAS FACTURAS A SU FAVOR, RELATIVAS A CADA BIEN, PROCEDERÁ A SUSCRIBIR Y OTORGAR EL FINIQUITO MÁS AMPLIO Y EFICAZ QUE EN DERECHO PROCEDA, RESPECTO DEL IMPORTE DE DINERO ADEUDADO Y DEL CUAL SOLICITO RECIBIR LA REPOSICIÓN EN ESPECIE, MEDIANTE BIENES QUE LE SERÁN ENTREGADOS POR EL PROVEEDOR SELECCIONADO, EN VÍA DE REPOSICIÓN DE SUS BIENES PATRIMONIALES AFECTADOS.
- DÉCIMA PRIMERA.** EN EL SUPUESTO DE QUE EL VALOR DE LOS BIENES SELECCIONADOS POR **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”** FUERA INFERIOR AL IMPORTE TOTAL QUE **“LA ASEGURADORA”** DEBE CUBRIRLE, ESTA ÚLTIMA MANTENDRÁ EL SALDO CORRESPONDIENTE A FAVOR DE LA PRIMERA Y EN CASO DE QUE SEA SUPERIOR, LO ACORDARÁ PREVIAMENTE CON **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”** CON EL PROPÓSITO DE QUE OPTE POR LO QUE MÁS LE CONVENGA.
- DÉCIMA** **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”** SE COMPROMETE A

SEGUNDA SACAR EN PAZ Y A SALVO A “LA ASEGURADORA” DE CUALQUIER RECLAMACIÓN, DE LA ÍNDOLE QUE FUERE, QUE ESTA PUDIERA RECIBIR CON MOTIVO DE O EN RELACIÓN CON LA CELEBRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL CONVENIO DE REPOSICIÓN EN ESPECIE.

DÉCIMA PARA LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE
TERCERA CONVENIO, LAS PARTES SE SOMETEN A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS TRIBUNALES FEDERALES DEL DISTRITO FEDERAL, RENUNCIANDO A CUALQUIER COMPETENCIA QUE PUDIERA SOBREVENIR CON MOTIVO DE SU CAMBIO DE DOMICILIO.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE CONVENIO Y ENTERADAS LAS PARTES DE SU ALCANCE, CONTENIDO Y FUERZA LEGAL, LO FIRMAN DE CONFORMIDAD EN TODAS SUS HOJAS AL MARGEN Y AL CALCE EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL EL DÍA _____ DEL 2010

POR “EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”

LIC.
DIRECTOR

LIC.
DIRECTOR

POR “LA ASEGURADORA”

REPRESENTANTE LEGAL

Vo. Bo

“LA ASEGURADORA”

“LA ASEGURADORA”

APARTADO C.-

Durante la vigencia de la póliza, **“La Aseguradora”** se obliga a impartir por lo menos dos cursos de capacitación en materia de Seguros y/o Administración de Riesgos al personal de **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”**, los cuales deberán ser planeados con anticipación, por lo que se solicita que se envíe por lo menos con dos semanas de anticipación el programa o temario, fecha propuesta, lugar, horario y duración.

Estos cursos deberán estar dirigidos al personal de la Dirección de Administración de Riesgos de **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”** y/o al personal que **“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN”** designe.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN
CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
PARTIDA 2.1
INTEGRACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS, VALORES DECLARADOS Y SUBLIMES
POR COBERTURA

CONCEPTO	SCJN	CJF	TEPJF
INCENDIO			
I. EDIFICIOS	979,646,358.17	11,345,850,078.60	1,383,734,489.00
II.1 CONTENIDOS EN GENERAL	799,845,425.22	1,200,000,000.00	243,234,843.61
II.2 MERCANCIAS	15,100,093.43	0.00	0.00
III. SUBLÍMITE POR EVENTO			
EDIFICIOS	350,000,000.00	2,561,460,128.39	776,443,277.15
CONTENIDOS	400,000,000.00	600,000,000.00	115,000,000.00
OBRAS DE ARTE COMO CONTENIDOS	4,026,881.92	500,000.00	1,035,000.00
IV. REMOCIÓN DE ESCOMBROS	35% DEL VALOR DE CADA UBICACIÓN		
V. INCREMENTO EN COSTO DE CONSTRUCCIÓN	10% DEL VALOR DE CADA UBICACIÓN		
VI. DAÑOS A ADAPTACIONES Y MEJORAS (ARRENDAMIENTOS)	L.U.C. 10,000,000.00	L.U.C. 10,000,000.00	
VII. DAÑOS A ADAPTACIONES Y MEJORAS POR EVENTO	10% DEL VALOR DE CADA UBICACIÓN		
VIII. GASTOS EXTRAORDINARIOS	20% DEL VALOR DE CADA UBICACIÓN	6,300,000.00	5,278,500.00
RESPONSABILIDAD CIVIL			
I. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	31,500,000.00	52,402,320.00	30,000,000.00
II. RESPONSABILIDAD CIVIL ARRENDATARIO	8,000,000.00	20,000,000.00	0.00
III. RESPONSABILIDAD CIVIL A BIENES SIJETOS A CAUSAS PENALES	NO SE AMPARA	2,000,000.00	0.00
IV. RESPONSABILIDAD CIVIL MENORES QUE ASISTAN AL CENDI	3,000,000.00	6,000,000.00	0.00

SEGURO DE BIENES PATRIMONIALES

V. RESPONSABILIDAD CIVIL ESTACIONAMIENTOS	NO SE AMPARA	NO SE AMPARA	DAÑOS MAT. 2 % S/VALOR DE LA UNIDAD ROBO TOTAL 5% S/VALOR DE LA UNIDAD ROTURA DE CRISTALES 10% DE LA PERDIDA
EFFECTIVO Y/O VALORES			
I. DIARIO	3,200,000.00	300,000.00	300,000.00
ROTURA DE CRISTALES	2,000,000.00	3,500,000.00	1,283,400.00
ROBO DE CONTENIDOS	1,900,000.00	5,000,000.00	7,245,000.00
ROBO DE MERCANCIAS	15,100,000.00	0.00	0.00
OBRAS DE ARTE	174,505,714.84	269,038.00	0.00
EQUIPO ELECTRONICO	500,000,000.00	250,000,000.00	225,000,000.00
<i>(SUMA ASEGURADA A VALOR DE REPOSICIÓN)</i>			
I. LIMITE MAXIMO POR EVENTO	250,000,000.00	130,000,000.00	115,000,000.00
II. EQUIPOS MÓVILES Y PORTATILES POR EVENTO	500,000.00	1,000,000.00	517,500.00
III. GASTOS EXTRAS POR 3 MESES	300,000.00	500,000.00	50,000.00
IV. PORTADORES EXTERNOS DE DATOS POR EVENTO	500,000.00	1,000,000.00	500,000.00
CALDERAS Y APARATOS SUJETOS A PRESIÓN			
I. SUMA ASEGURADA	0.00	3,000,000.00	3,105,000.00
II. LIMITE MAXIMO PO EVENTO	0.00	600,000.00	570,000.00
ROTURA DE MAQUINARIA			
I. SUMA ASEGURADA	15,000,000.00	100,000,000.00	73,080,262.22
			(A VALOR DE REPOSICIÓN)
II. LIMITE MAXIMO PO EVENTO	5,000,000.00	30,000,000.00	10,350,000.00
TRANSPORTE DE CARGA (CONTENIDOS EN GENERAL)			
I. I. ESTIMADO DECLARACIÓN MENSUAL	15,000,000.00	15,000,000.00	1,000,000.00
II. LIMITE POR EVENTO	8,000,000.00	5,000,000.00	500,000.00
TRANSPORTE DE CARGA (MENAJE DE CASA)			

SEGURO DE BIENES PATRIMONIALES

I. I. ESTIMADO			
DECLARACIÓN MENSUAL	0.00	3,000,000.00	0.00
II. LIMITE POR EVENTO	0.00	1,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL			
TRANSPORTE DE PERSONAS			
I. SUMA ASEGURADA	AMPARADA	AMPARADA	AMPARADA
II. VEHICULOS AMPARADOS	DE CONF. CON ANEXO EN DISCO ÓPTICO		
CASA HABITACIÓN DEL FICAJ			
I. SUMA ASEGURADA	0.00	263,771,700.00	0.00
EQUIPO DE CONTRATISTAS			DE CONF. CON ANEX.
GASTOS DE DEFENSA	1,000,000.00	2,708,856.08	

SUBPARTIDA 2.1.1

COBERTURAS ADICIONALES (NO APLICA)

SUBPARTIDA 2.2

**SEGURO DE VOLUNTARIO DE
CASA-HABITACIÓN PROPIEDAD DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**

SUBPARTIDA 2.2

Seguro Voluntario de Casa Habitación propiedad de los servidores públicos de Poder Judicial de la Federación

El servicio materia de esta contratación, es el Seguro Voluntario de Casa Habitación que se refiere al aseguramiento para cubrir los riesgos que se pudiera presentar en los bienes inmuebles y/o sus contenidos propiedad de los servidores públicos de “El Poder Judicial de la Federación”

Para la cotización de los bienes inmuebles integrada por 106 ubicaciones de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 109 ubicaciones del Consejo de la Judicatura Federal y 20 ubicaciones del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, se proporciona relación agregada a la carpeta de información en disco magnético relacionado con las presentes bases, donde se incluye las ubicaciones de los inmuebles y las sumas aseguradas contratadas.

La vigencia será por tres años a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2014 incorporando al programa de aseguramiento las ubicaciones y/o sus contenidos que lleguen a solicitarse por cada servidor público durante el transcurso de la vigencia.

RIESGOS ASEGURADOS. Operarán las condiciones generales de la póliza y se deberán amparar las coberturas indicadas en los cuadros siguientes, en los cuales la Compañía Aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia:

SUBPARTIDA 2.2

**CONDICIONES DEL SEGURO DE
VOLUNTARIO DE CASA - HABITACIÓN
PROPIEDAD DE LOS SERVIDORES
PÚBLICOS DEL PODER JUDICIAL DE LA
FEDERACIÓN**

CONDICIONES

I. COBERTURAS GENERALES

COBERTURAS	DEDUCIBLE O SUMA ASEGURADA	OBSERVACIONES
I. Daños Materiales al inmueble		
Incendio	El límite máximo es el 100% del valor del inmueble.	Sin deducible.
Explosión	El límite máximo es el 100% del valor del inmueble.	Sin deducible.
Huelgas y Vandalismo	El límite máximo es el 100% del valor del inmueble.	1% de la suma asegurada con máximo \$13,600 M.N.
Remoción de escombros	El 10% sobre el valor del inmueble.	Sin deducible.
Gastos extraordinarios	El 18% sobre el valor del inmueble.	Sin deducible.
Cobertura amplia	El 100% del valor del inmueble.	1% de la suma asegurada con máximo de \$13,600.00 M.N.
Cristales	El 5% sobre el valor del inmueble.	Sin deducible
Terremoto y erupción volcánica	El 80% sobre el valor del inmueble.	2% del valor asegurable de reposición.
Fenómenos hidrometeorológicos	Lo solicita el asegurado y la suma asegurada depende de cada caso.	Sin deducible.
II. Daños Materiales a los contenidos		
Incendio	El límite máximo es el 100% del valor total de los contenidos asegurados.	Sin deducible
Explosión	El límite máximo es el 100% del valor total de los contenidos asegurados.	Sin deducible

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

Huelgas y Vandalismo	El límite máximo es el 100% del valor total de los contenidos asegurados.	1% de la suma asegurada con máximo de \$13,600.00 M.N.
Remoción de escombros	El 10% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	Sin deducible.
Gastos extraordinarios	El 18% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	Sin deducible.
Equipo Electrónico	El 30% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	25% del costo de reposición mínimo \$200.00 M.N., total 10% valor de reposición.
Prendas en tintorería	\$8,500.00 M.N.	10% sobre pérdida con mínimo \$230.00 M.N.
Cobertura amplia	El 100% del valor total de los contenidos.	1% de la suma asegurada con máximo de \$13,600.00 M.N.
Cristales	El 5% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	5% sobre el valor del cristal.
Terremoto y erupción volcánica	El 80% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	2% del valor asegurable de reposición.
Fenómenos hidrometeorológicos	Lo solicita el asegurado y la suma asegurada depende de cada caso.	
Sección III. Robo con Violencia y/o asalto		
Robo	El 100% del valor total de los contenidos asegurados.	10% sobre pérdida con mínimo de \$2,300.00 M.N.
Dinero	\$2,000.00 M.N.	Sin deducible.
Objetos valuados	Lo solicita el asegurado y la suma asegurada depende de cada caso.	20% sobre pérdida con mínimo de \$2,300.00 M.N.
Asalto en vía pública	\$8,500.00 M.N.	10% sobre pérdida con mínimo

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

		de \$230.00 M.N.
Sección IV. Responsabilidad Civil		
RC Familiar	El límite máximo es el 100% del valor del inmueble.	Sin deducible.
Asistencia al Hogar	Amparada	Sin deducible.
Trabajadores domésticos	\$30,000.00 M.N.	\$1,000.00 M.N. fijos por cobertura afectada.
Sección V. Otras Coberturas		
Calderas y rotura de maquinaria	Excluido.	
Perdida de rentas	Excluido.	
Incremento Automático de Suma Asegurada (Sección I y/o II) 10%	Amparado.	

Los riesgos que se ampararán bajo esta póliza, se definen en la especificación de coberturas, quedando sujetas a los límites máximos de responsabilidad que en ellas se menciona.

Ciertas coberturas se contratan con la aplicación invariable en cada siniestro de una cantidad a cargo del asegurado, denominada deducible.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

CLÁSULA 1ª. ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS

SECCIÓN I DAÑOS MATERIALES AL EDIFICIO y SECCIÓN II DAÑOS MATERIALES A LOS CONTENIDOS.

1.- BIENES CUBIERTOS.

Sección I Daños Materiales al Edificio.

Bajo esta sección se cubre la construcción material del edificio, sus dependencias y construcciones adicionales en el mismo predio: bardas, rejas, albercas y similares (pero excluyendo sus contenidos), pisos de patios (asfalto, concreto, mosaico, mármol, etc.) y escaleras; así como las instalaciones fijas para los servicios de agua, gas, saneamiento, energía eléctrica y acondicionamiento de aire; antenas parabólicas; cristales cualquier grosor, domos de acrílico y demás aditamentos fijos a la construcción siempre que no estén expresamente excluidos en la póliza. Tratándose de condominios, la responsabilidad máxima de la Compañía por áreas comunes es hasta por el equivalente del porcentaje del indiviso que le corresponda a la casa o departamento asegurado.

Las coberturas de Rotura de Maquinaria y Calderas se han incluido para poder brindar la protección requerida para cuando se aseguren condominios en su totalidad, y estos cuenten con maquinaria y/o calderas de mayor tamaño.

Sección II daños materiales a los contenidos.

En esta sección se cubre:

1.- Menaje de casa en general, muebles, enseres (se excluyen alimentos en cualquier presentación), artículos de uso doméstico, ropa, libros, efectos personales, artículos fotográficos y deportivos, equipo electrónico doméstico, lunas, espejos, cubiertas de cristal, cristales de vitrinas y aparadores, de cualquier grosor, etc.). Cuando no se asegure el edificio, sus cristales y domos de acrílico quedan cubiertos bajo esta sección.

También se amparan los muebles, accesorios y equipos usados en un negocio de tipo administrativo u oficina particular (no moral) dentro de la ubicación, cuando los daños resulten de una pérdida amparada.

2.- Obras de arte, objetos raros de difícil o imposible reposición, como son: Cuadros, esculturas, gobelinos, biombos, antigüedades, etc. cuyo valor unitario o por juego sea igual o inferior a \$ 22,000.00 MN.

3.- Joyas, piezas o artículos de oro y plata, armas, colecciones de cualquier tipo, relojes y pieles, vinos, licores y similares, cuyo valor unitario o juego sea igual o inferior a \$ 9,000.00 MN.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

Cuando el valor unitario o por juego de los objetos mencionados en los dos párrafos que anteceden, sea superior a las cantidades señaladas en los mismos, es requisito que se presente avalúo o factura en el momento de la emisión (ver cobertura opcional 3 de la sección III), sino la responsabilidad máxima de la Compañía por objeto o juego será hasta por la cantidad que se indica en los párrafos 2 y 3 anteriores.

En caso de pérdidas o daño de cualesquiera partes o piezas de cualquier maquinaria, artículo, pares o juego, cubierto por este seguro, la Compañía indemnizará solamente la proporción del valor asegurable aplicable a las partes o piezas perdidas o dañadas.

Para los bienes u objetos artísticos, joyas etc., el asegurado presentará en su momento avalúo y relación de los bienes.

2.- RIESGOS CUBIERTOS.

Cobertura Básica.

a) **Daños Directos:** Los bienes cubiertos quedarán amparados con límite en la suma asegurada contratada para estas secciones, contra pérdidas y/o daños materiales causados directamente por cualquier riesgo siempre que éste sea súbito, imprevisto y accidental, y que no se mencione en los apartados de "EXCLUSIONES" o en las de COBERTURAS OPCIONALES que se contraten mediante convenio expreso.

b) **Equipo Electrónico y/o electrodoméstico:** Quedan amparados contra daños o pérdidas materiales que sufran en forma súbita e imprevista, que hagan necesaria su reparación o reemplazo a fin de dejarlos en condiciones similares a las existentes inmediatamente antes de ocurrir el siniestro, a consecuencia de los riesgos que en seguida se citan y únicamente dentro del predio consignado en la carátula de la póliza:

- 1) Incendio, impacto directo de rayo, implosión, explosión, extinción de incendios.
- 2) Humo, hollín, gases, líquidos o polvos corrosivos, acción del agua o humedad que no provengan de las condiciones atmosféricas comunes en la región.
- 3) Corto-circuito, arco voltaico, perturbaciones por campos magnéticos, sobretensiones causadas por rayo, tostaduras de aislamientos.
- 4) Errores de manejo, descuido, negligencia, impericia o mala intención del personal del Asegurado
- 5) Actos mal intencionados y dolo de terceros.
- 6) Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados

c) **Remoción de Escombros:** Adicionalmente a los daños directos que puedan ocasionar los riesgos cubiertos, estas secciones se extienden a cubrir en caso de siniestro indemnizable, los gastos que sea necesario erogar para remover los escombros de los bienes afectados, incluyendo desmontaje, demolición, limpieza y acarreos, y los que necesariamente tengan que llevarse a cabo para que los bienes asegurados y dañados queden en condiciones de reparación o reconstrucción, siendo la responsabilidad máxima de la Compañía para este riesgo el equivalente a 10% de la suma asegurada contratada para estas Secciones, la cual es adicional a la suma asegurada contratada para cubrir los daños directos.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

d) Gastos Extraordinarios: En caso de que el inmueble quede inhabitable a consecuencia de cualquiera de los riesgos cubiertos en esta póliza, también se amparan los gastos erogados por el Asegurado por concepto de renta de casa, departamento, casa de huéspedes u hotel, cuando se asegure el edificio. Cuando el Asegurado sea arrendatario, estos gastos corresponderán solo a la diferencia que exista entre la renta que el Asegurado pagaba a la fecha del siniestro y la nueva renta, cuando ésta sea mayor; igualmente se cubren los gastos de mudanza, seguro de transporte del menaje de casa y almacenaje y seguros durante el mismo, estos gastos serán pagados vía reembolso a la presentación de las facturas correspondientes.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para esta cobertura es el equivalente al 18 % de la suma asegurada contratada para estas secciones con un tope del 2% mensual, el cual es adicional a la suma asegurada contratada para el daño directo. No se cubren los gastos que sean realizados en ciudades distintas a la ubicación del predio dañado, ni cuando se aloje en casa de un familiar.

La protección que otorga esta cobertura cesará cuando el Asegurado se reinstale definitivamente en la ubicación señalada en la carátula de la póliza o en otra ubicación o, en caso contrario, hasta un período máximo de indemnización de 12 meses, sin que este quede limitado por la fecha de terminación de la vigencia de la póliza.

3.- LIMITES DE RESPONSABILIDAD.

Los límites máximos de responsabilidad de la Compañía por los diferentes riesgos cubiertos en estas Secciones, con respecto a las sumas aseguradas especificada en la carátula de la póliza, son los siguientes:

Incendio y/o Rayo (Cobertura Amplia)	100%
Terremoto (según zona sísmica C.N.S.F.).	
Equipo Electrónico y/o electrodoméstico (Exclusivamente de la S.A de la Secc. II).	30%
Inundación	80%
Cristales	5%
Cimientos (de edificio Secc. I)	10%
Remoción de Escombros	10%
Gastos Extraordinarios (2% mensual máximo)	18%

COBERTURAS OPCIONALES.

a) TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA SECCIONES IA Y IIA.

Por convenio expreso y mediante la obligación del pago de la prima adicional correspondiente, este seguro se puede extender a cubrir las pérdidas y/o los daños materiales ocasionados por los riesgos estipulados a continuación, los cuales además de regirse por las condiciones especiales de estas Secciones y las generales aplicables a todas las Secciones, operarán de acuerdo a lo siguiente:

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

Riesgos Cubiertos:

Los bienes amparados por esta póliza, quedan cubiertos contra daños materiales directos causados por Terremoto y/o Erupción Volcánica.

Si los bienes mencionados o parte de ellos fueren destruidos o dañados dentro de la vigencia del seguro consignada en esta póliza, la Compañía conviene en indemnizar al Asegurado el importe de los daños sufridos de conformidad con las cláusulas quinta, sexta y séptima de esta póliza y demás relativas sin incluir el valor de mejoras (exigidas o no por autoridades) para dar mayor solidez al edificio o edificios afectados o para otros fines, en exceso de aquellas reparaciones necesarias para reponer los bienes al mismo estado en que se encontraban al momento del siniestro.

Los daños amparados por esta póliza que sean ocasionados por algún Terremoto y/o Erupción Volcánica darán origen a una reclamación separada por cada uno de esos fenómenos; pero si varios de éstos ocurren dentro de cualquier período de 72 horas consecutivas durante la vigencia de aquél, se tendrán como un solo siniestro y los daños que causen deberán ser comprendidos en una sola reclamación.

En caso de contratarse esta cobertura, quedarán cubiertos los gastos de Remoción de Escombros y los Gastos Extraordinarios, en los mismos términos y condiciones establecidos en el punto 2 incisos c y d.

b) CRISTALES ESPECIALES.

Por convenio expreso y mediante la obligación del pago de la prima adicional correspondiente, este seguro se extenderá a cubrir los siguientes bienes:

- 1.- Previa presentación del avalúo correspondiente, cristales curvos, antiguos y esculturales.
- 2.- El decorado del cristal o cristales asegurados (tales como plateado, dorado, teñido, pintado, corte, rotulado, realzado y análogos) o sus marcos, vitrales o emplomados.

c) PRENDAS EN TINTORERIAS.

Por convenio expreso y mediante la obligación del pago de la prima adicional correspondiente, este seguro se puede extender a cubrir las pérdidas y/o los daños materiales ocasionados a las prendas de vestir mientras estas se encuentren bajo custodia de tintorerías, lavanderías, sastrerías o en talleres de reparación, pero siempre dentro de los límites de los Estados Unidos Mexicanos. La indemnización máxima será de \$ 8,500.00 MN por reclamación y de \$2,500.00 MN por artículo o juego.

SECCIÓN III ROBO CON VIOLENCIA Y/O ASALTO.

1.-BIENES CUBIERTOS.

En caso de pérdida o daño ocurridos en el interior del inmueble asegurado a consecuencia de los riesgos cubiertos, la Compañía solo será responsable por:

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

a). Menaje de Casa.- Menaje de casa en general, como son: Muebles, enseres, artículos de uso doméstico, ropa, efectos personales, así como los contenidos propios de la vivienda.

b). Obras de arte, objetos raros de difícil o imposible reposición, como son: Cuadros, esculturas, gobelinos, biombos, antigüedades, etc., cuyo valor unitario o por juego sea igual o inferior a \$ 22,000.00 MN.

c). Joyas, piezas o artículos de oro y plata, armas, colecciones de cualquier tipo, relojes y pieles, vinos, licores y similares, cuyo valor unitario o juego sea igual o inferior a \$ 9,000.00 MN,

d). Dinero en efectivo. Hasta el monto de la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza sin exceder de \$ 15,000.00 MN o su equivalente en moneda extranjera corriente, siempre y cuando éste se encuentre dentro del inmueble, donde los primeros \$2,000.00 MN no requieren ser demostrada su preexistencia, pero el exceso de estos será necesario demostrar dicha preexistencia.

Previa la comprobación de su valor, el límite máximo de responsabilidad para la compañía por la clase de bienes descritos en los incisos b) y c) que anteceden, en conjunto es hasta el equivalente al 40% de la suma asegurada para menaje de casa, y queda incluido dentro de la misma.

En caso de pérdida o daño de cualesquiera partes o piezas de cualquier maquinaria, articulo, pares o juego, cubierto por este seguro, la Compañía indemnizara solamente la proporción del valor asegurable aplicable a las partes o piezas perdidas o dañadas.

2.- RIESGOS CUBIERTOS.

Cobertura Básica.

Esta sección cubre los contenidos de casa habitación mencionados en el punto 1 de esta sección, mientras se encuentren dentro del referido edificio, contra pérdidas y/o daños materiales causados a los bienes muebles por los siguientes riesgos:

a). A consecuencia de robo perpetrado por cualesquier persona o personas, que haciendo uso de violencia del exterior al interior del inmueble en que los bienes se encuentren, dejen señales visibles de violencia en el lugar por donde se penetró.

b). La pérdida de los bienes asegurados a consecuencia de robo por asalto o intento del mismo, perpetrado dentro del inmueble, mediante el uso de fuerza o violencia sobre las personas, sea moral o física.

c). Los daños materiales que sufran los bienes muebles o inmuebles con motivo del robo ó intento de robo a que se refieren los incisos anteriores.

3.- COBERTURAS OPCIONALES.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

Mediante convenio expreso y mediante la obligación del pago de la prima adicional correspondiente, este seguro se puede extender a cubrir las pérdidas y/o daños materiales ocasionados por los riesgos cubiertos por esta sección a:

3.1.- Objetos Valuados.

a). Obras de arte, objetos raros de difícil o imposible reposición, como son: cuadros, esculturas, gobelinos, biombos, antigüedades, etc. cuyo valor unitario o por juego sea superior a \$ 22,000.00 MN.

b). Joyas, piezas o artículos de oro y plata, armas, colecciones de cualquier tipo, relojes y pieles, vinos, licores y similares, cuyo valor unitario o por juego sea superior a \$ 9,000.00 MN.

La responsabilidad máxima de la Compañía por objeto o juego será hasta por la cantidad que figure en los avalúos o facturas, con límite máximo la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta clase de bienes. En caso de siniestro y no contar con factura o avalúo, la indemnización estará limitada por cada juego o artículo a los límites establecidos en los párrafos b) y c) del punto 1 Bienes Cubiertos de la Sección III Robo.

3.2.- Asalto en vía pública.

Bajo esta cobertura se ampara hasta por el equivalente a \$8,500.00 MN al momento del siniestro, la ropa, accesorios, relojes, cartera (excepto dinero en efectivo, tarjetas de crédito, cheques, LapTop y Notebook u otros equipos similares), bolsas, plumas, lapiceros, PDA (asistentes personales digitales), artículos deportivos, ortopédicos o médicos siempre y cuando sean portátiles y de uso personal; cuyo valor unitario o por juego no exceda el equivalente a \$ 2,800.00 MN, siendo transportados y/o usados por el Asegurado al momento del siniestro, contra los siguientes riesgos:

a) Asalto y/o atraco perpetrado por cualquier persona que haga uso de violencia moral o física.

b) Pérdida o robo de los bienes, directamente atribuible a enfermedad repentina o causada por un accidente que le produzca pérdida del conocimiento, lesiones corporales o la muerte del asegurado.

Esta cobertura se extenderá a su cónyuge e hijos siempre que vivan permanentemente con el Asegurado y bajo la dependencia económica de éste. En caso de siniestro es indispensable presentar aviso ante el Ministerio Público dentro de las 36 horas siguientes al asalto.

SECCIÓN IV RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA Y FAMILIAR.

1.- COBERTURA BASICA.

Bajo esta sección, la Compañía se obliga a pagar los daños y perjuicios que el Asegurado cause a terceros y por lo que éste deba responder, conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos, por hechos u

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

omisiones no dolosos ocurridos durante la vigencia de esta póliza y que causen la muerte o el menoscabo de la salud física de dichos terceros, o el deterioro o la destrucción de bienes propiedad de los mismos. Está cubierta, dentro del marco de las condiciones de la póliza, la responsabilidad civil legal en que incurriere el Asegurado por daños a terceros, derivada de las actividades privadas y familiares, incluyendo la responsabilidad civil legal del Asegurado por daños ocasionados a las áreas comunes del condominio en el cual tenga su habitación; sin embargo, de la indemnización a pagar por la Compañía se descontará la parte proporcional que le corresponda al Asegurado pagar como condómino.

En cualquiera de los supuestos anteriores, quedan cubiertas las responsabilidades del Asegurado:

- Como jefe de familia.
- Por daños ocasionados a consecuencia de incendio o explosión en la vivienda.
- Por daños ocasionados a consecuencia de derrame de agua accidental e imprevisto.
- Por la práctica de deportes como aficionado.
- Por el uso de bicicletas, patines, embarcaciones de pedal o de remo y vehículos no motorizados.
- Por la tenencia o uso de armas blancas de aire o de fuego, para fines de cacería o de tiro al blanco, cuando esté legalmente autorizado.
- Como propietario de animales domésticos, de caza y guardianes.
- Durante viajes de estudios, de vacaciones o de placer, dentro y fuera del territorio de la República Mexicana, con límite máximo de US\$ 5,000.00 en el extranjero por evento o el equivalente del límite de la suma asegurada de esta sección si esta es menor.
- Cuando en la póliza se especifique que el bien asegurable se trate de un inmueble en renta (arrendatario) y se especifique como amparada la cobertura de responsabilidad civil, esta se convertirá en responsabilidad civil arrendatario, cubriendo la responsabilidad civil que resulte al asegurado por daños al inmueble que ocupe como casa habitación, que mantenga bajo contrato de arrendamiento, siempre y cuando tales daños provengan de incendio o explosión y de los cuales resulte civilmente responsable,

2.- COBERTURA ADICIONAL

Trabajadores Domésticos.

Esta sección se extiende a cubrir, dentro de la suma asegurada contratada, la responsabilidad civil del Asegurado por accidentes personales que sufran sus trabajadores domésticos siempre y cuando no cuenten con Seguro Social, en el desempeño de sus funciones, que les ocasionen lesiones corporales o la muerte.

El límite de responsabilidad que la Compañía asume bajo esta cobertura, por uno o por varios trabajadores domésticos, es el siguiente:

- a). Gastos funerarios, indemnización por muerte o incapacidad total y permanente, hasta por la cantidad de \$ 30,000.00 MN.
- b). El reembolso de Gastos Médicos hasta por la cantidad de \$ 30,000.00 MN.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

c). Gastos por incapacidad total y/o parcial, temporal y/o permanente, hasta el porcentaje que indique el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo, aplicado sobre el equivalente a la cantidad de \$30,000.00 MN. En caso de incapacidades temporales siempre se tomara como base de indemnización un día de SMGVDF a la fecha del siniestro multiplicado por el número de días de incapacidad que por prescripción médica se establezcan con máximo de \$ 30,000.00 MN:

Se consideran trabajadores domésticos los que prestan servicios de aseo, asistencia y demás propios del hogar y que no tengan un contrato laboral con una persona moral.

3.- ALCANCE DEL SEGURO.

La obligación de la Compañía comprende:

a). El pago de los daños y perjuicios por los que sea responsable el Asegurado, conforme a lo previsto en esta sección.

b). El pago de los gastos de defensa legal del Asegurado, dentro de las condiciones de esta sección. Esta cobertura incluye:

b.1). El pago del importe de las primas por fianzas judiciales que el Asegurado deba otorgar en garantía del pago de las sumas que se reclamen a título de responsabilidad civil cubierta por esta póliza.

b.2). El pago de los gastos, costas e intereses legales que deba erogar el Asegurado por resolución judicial o arbitral ejecutoriada.

b.3). El pago de los gastos en que incurra el Asegurado con motivo de la tramitación y liquidación de las reclamaciones.

Delimitación del Alcance del Seguro:

a). El límite máximo de responsabilidad para la Compañía por uno o todos los siniestros que puedan ocurrir durante la vigencia del seguro, es la suma asegurada indicada para esta sección en la carátula de la póliza.

b). La ocurrencia de varios daños durante la vigencia de la póliza, procedentes de la misma causa, será considerada como un solo siniestro, el cual a su vez se tendrá como realizado en el momento en que se produzca el primer daño de la serie.

c). El pago de los gastos a que se refiere el inciso b). del punto 3 estará cubierto en forma adicional, pero sin exceder de una suma igual al 50% del límite de responsabilidad asegurada en esta sección.

4.- PERSONAS ASEGURADAS.

a). Tiene la condición de Asegurado la persona cuyo nombre y domicilio se indican en esta póliza, con respecto a su responsabilidad civil por:

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

- Actos propios.
- Actos de los hijos, sujetos a la patria potestad del Asegurado por los que legalmente deba responder frente a terceros.
- Actos de los incapacitados sujetos a la tutela del Asegurado por los que legalmente deba responder frente a terceros.
- Actos de los trabajadores domésticos, derivados del ejercicio del trabajo para el Asegurado, por los que legalmente deba responder frente a terceros.

b). Esta sección, dentro del marco de sus condiciones, se amplía a cubrir la responsabilidad civil personal de:

- El cónyuge del Asegurado.
- Los hijos, pupilos e incapacitados, sujetos a la patria potestad del Asegurado
- Los padres del Asegurado o de los de su cónyuge solo si vivieren permanentemente con el Asegurado y bajo la dependencia económica de éste.
- Los hijos mayores de edad mientras que por soltería siguieren viviendo permanentemente con el Asegurado y bajo la dependencia económica de éste.
- Los trabajadores domésticos del Asegurado, en tanto actúen dentro del desempeño de sus funciones así como la de aquellas personas que efectúen una labor de mantenimiento de la vivienda del Asegurado.

c). Las personas citadas anteriormente, en ningún caso podrán ser consideradas como terceros, para los efectos de esta sección de la póliza.

5.- BENEFICIARIO DEL SEGURO.

El presente contrato de seguro atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como beneficiario del seguro desde el momento del siniestro.

SECCIÓN V OTRAS COBERTURAS.

Por convenio expreso y mediante la obligación del pago de la prima adicional correspondiente, este seguro se puede extender a cubrir las pérdidas y/o los daños materiales ocasionados por los riesgos estipulados a continuación, los cuales además de regirse por las condiciones especiales de esta sección y las generales aplicables a todas las secciones, operarán de acuerdo a lo siguiente:

1.- ROTURA DE MAQUINARÍA.

1.1.- Inicio y continuación de la cobertura.

- a) Dentro del período de vigencia de la Póliza, este seguro inicia su protección una vez que los bienes asegurados hayan sido montados en el predio descrito en la Póliza y concluidas satisfactoriamente sus pruebas de operación por primera vez.
- b) La cobertura no se interrumpe, cuando los bienes se encuentren fuera del servicio o en período de revisión, reparación, mantenimiento o traslado dentro del predio mencionado en la Póliza.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

1.2.- Riesgos Cubiertos.

Este seguro cubre, según se menciona en la carátula de la Póliza, los daños materiales causados por:

- a) Impericia, descuido o sabotaje del personal del Asegurado o de extraños.
- b) La acción directa de la energía eléctrica como resultado de cortos circuitos, arcos voltaicos, fallas de aislamiento, así como sobretensiones transitorias debidas a perturbaciones eléctricas, ya sea por causas naturales o artificiales.
- c) Errores en diseño, defectos en la construcción de la maquinaria, defectos de fundición y uso de materiales defectuosos.
- d) Defectos de mano de obra y montaje incorrecto.
- e) Rotura debida a fuerza centrífuga.
- f) Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados.
- g) Otros accidentes ocurridos en los bienes asegurados no excluidos específicamente por la Póliza.

1.3.- Partes no Aseguradas.

Este seguro no cubre las partes siguientes:

- a) Combustibles, lubricantes, medios refrigerantes, catalizadores y otros medios de operación, no quedan cubiertos por esta Póliza, excepción hecha del aceite usado en transformadores e interruptores eléctricos y el mercurio utilizado en rectificadores de corriente.
- b) Bandas de transmisión de todas clases, cadenas y cables de acero, bandas de transportadores, matrices, suajes, moldes dados, troqueles rodillo para estampar, llantas de hule, muelles de equipo móvil, herramientas cambiables y de corte, cuchillas, fusibles, fieltros, telas tamices, cimientos, revestimientos refractarios, vidriados o porcelanizados, así como toda clase de vidrio, peltre, excepto las porcelanas empleadas en aisladores eléctricos.

1.4.- Deberes del Asegurado.

Mantener los bienes asegurados en buen estado de funcionamiento y cumplir con las instrucciones de los fabricantes sobre su instalación, operación y mantenimiento.

No sobrecargarlos habitualmente o intencionalmente o utilizarlos en trabajos para los que no fueron construidos.

Cumplir con las disposiciones legales y administrativas aplicables.

1.5.- Inspecciones.

- a) La Compañía tendrá en todo tiempo el derecho de Inspeccionar los bienes asegurados a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por la misma.
- b) El Asegurado está obligado a proporcionar al Inspector de la Compañía todos los detalles e información necesarios para la apreciación del riesgo.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

c) La Compañía proporcionará al Asegurado una copia del informe de inspección, el cual deberá considerarse siempre como estrictamente confidencial.

1.6.- Revisión Periódica y Reacondicionamientos Obligatorios.

- a) El Asegurado revisará y en su caso reacondicionará completamente las maquinarias y equipos según especificaciones del fabricante.
- b) El Asegurado comunicará a la Compañía cuando menos con 7 (siete) días de anticipación, la fecha en que se vaya a iniciar la revisión, permitiendo que esté presente un representante de la misma.
- c) Los gastos en que incurra el representante de la Compañía serán a cargo de ésta.
- d) Siempre que se realice una revisión o reacondicionamiento el asegurado proporcionará a la compañía una copia del informe de la revisión y/o reacondicionamiento.

1.7.- Reparación.

- a) Si los bienes asegurados, después de sufrir un daño, se reparan por el asegurado en forma provisional y continúan funcionando, la Compañía no será responsable en caso alguno por cualquier daño que éstos sufran posteriormente, hasta que la reparación se haga en forma definitiva.
- b) La responsabilidad de la Compañía también cesará si cualquier reparación definitiva de los bienes hecha por el Asegurado no se hace a satisfacción de la Compañía.
- c) Si la Compañía lleva a cabo la reparación, ésta deberá quedar a satisfacción del Asegurado.

1.8.- Partes de vida útil predeterminada.

Queda entendido y convenido que, en relación a las partes de las máquinas dañadas cuya vida útil sea predeterminada, se indemnizará el valor de reposición remanente que tengan tales partes al momento del siniestro, como sigue:

- a) Cámaras de combustión, piezas de transición, toberas y álabes de alta presión de turbinas de gas y otras partes por donde directamente circulen los gases de combustión. Aquí la vida útil será determinada por el fabricante de la maquinaria.
- b) Bobinas para transformadores de horno de arco eléctrico, donde la vida útil será 5 (cinco) años calendario.
- c) Camisas, culatas, anillos y cojinetes de motores de combustión interna o compresores recíprocos. Aquí la vida útil será determinada por el fabricante de la máquina.
- d) Tornillos sinfín de prensas extrusoras de metal o plástico, barro o resinas sintéticas. Aquí la vida útil será de 2 años calendario de operación.
- e) Partes de quebradoras o molinos que estén en contacto directo con el material que se quiebre o muela, así como ejes de quebradoras rotatorias. Aquí la vida útil será determinada por el fabricante de la máquina.
- f) Bobinas y cojinetes de motores eléctricos de menos de un kilowatt de capacidad. Aquí la vida útil será de 3 (tres) años calendario.
- g) Bobinas de motores eléctricos mayores a un kilowatt, generadores y transformadores de potencia y distribución. Aquí la vida útil será de 15 (quince) años calendario.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

h) Otras partes de máquinas, que en concepto de fabricante de las mismas, deban ser reemplazadas periódicamente.

NOTA: El valor de reposición remanente se calculará multiplicando el valor de reposición por el factor $(1 - T_o/V_u)$ donde T_o es el tiempo de operación y V_u es la vida útil.

1.9.- Fuerza Centrifuga.

En consideración al pago de la prima adicional correspondiente y de acuerdo con lo que se dice el punto 1.2 e) de la Sección V de las Condiciones Generales, este seguro se extiende a cubrir contra pérdidas o daños causados por turbinas, volantes y otras partes rotativas de máquinas, debido a rotura por fuerza centrifuga, como sigue:

Por daños a otra propiedad del Asegurado, pero no los daños ocasionados a maquinaria que hubieren podido asegurarse bajo la sección V de Rotura de Maquinaria, con exclusión expresa de daños por incendio, aunque este sea causado por explosión.

1.10.- Límites de responsabilidad.

Hasta por el monto de la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza, sin exceder de \$ 5,000,000.00 MN o su equivalente en moneda extranjera corriente.

2. CALDERAS Y APARATOS SUJETOS A PRESIÓN.-

2.1.- Coberturas básicas.

Bajo esta sección, quedarán cubiertos los bienes asegurados contra los daños materiales causados por:

- a) La rotura súbita y violenta de cualquier parte de la caldera o recipiente, causada por presión de vapor, agua u otro líquido dentro de las mismas.
- b) La explosión súbita y violenta de gas proveniente del combustible no quemado dentro del horno de la caldera o recipiente o de los conductos de gas que van desde el horno hasta su descarga en la chimenea y siempre que se esté utilizando el combustible mencionado en las especificaciones del fabricante.
- c) La deformación súbita y violenta de cualquier parte de la caldera o recipiente provocada por presión o vacío del agua, vapor u otro fluido dentro de la misma y que inmediatamente evite o haga inseguro su uso.
- d) El agrietamiento de cualquier parte de fierro, cobre, bronce o cualquier otro material fundido, en calderas de baja presión (hasta 1.05 kg/cm² en vapor y 2.10 kg/cm² en agua), siempre que tal agrietamiento permita la fuga del fluido contenido.

RECIPIENTES SUJETOS A PRESIÓN, SIN FOGÓN.

Bajo esta sección quedarán cubiertos los bienes asegurados contra los daños materiales causados por:

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

- a) La rotura provocada en forma súbita y violenta por la presión de vapor, aire, gas o líquido que contenga el recipiente.
- b) La deformación del recipiente o de cualquiera de sus partes provocadas en forma súbita y violenta por la presión de vapor, aire, gas o líquido en el contenido o por vacío en el interior del recipiente.
- c) El agrietamiento provocado en forma súbita de cualquier parte de un recipiente que sea de hierro, bronce o cualquier otro metal fundido, si tal agrietamiento permite la fuga de vapor, aire, gas o líquido.

2.2.- Equipos y partes no asegurables.

- a) Chimeneas que no estén directamente soportadas por la estructura de las calderas.
- b) Discos de seguridad, diafragmas de ruptura, tapones fusibles y juntas.
- c) Ventiladores de tiro inducido o tiro forzado que no se encuentren integrados al cuerpo o a la estructura de las calderas.
- d) Transportadores alimentadores de combustible.
- e) Bombas alimentadoras de agua o de combustible y cualquier otro equipo que no se encuentre sobre la estructura del equipo asegurado.
- f) Pulverizadores de carbón.
- g) Recipientes o equipos que no sean metálicos.
- h) Compresores (recíprocos o alternativos, rotativos o centrifugos).

2.3.- Localización e instalación inicial.

Las calderas, recipientes sujetos a presión que se mencionan en la especificación anexa, quedan cubiertos solamente después de haber sido instalados y pasadas las pruebas iniciales de los mismos y mientras se encuentren dentro del predio mencionado en la carátula de la póliza, ya sea que estén operando o no, o que hayan sido desarmados, reparados y rearmados.

2.4.- Pérdida parcial.

Los gastos de cualquier reparación provisional serán a cargo del Asegurado, a menos que éstos constituyan parte de los gastos de la reparación definitiva o que la Compañía los haya autorizado por escrito.

2.5.- Límites de responsabilidad.

Hasta por el monto de la suma asegurada especificada en la carátula de la póliza, sin exceder de \$ 5,000,000.00 MN o su equivalente en moneda extranjera corriente.

3. PÉRDIDAS DE RENTAS.

3.1.- Coberturas básicas.

Se cubre únicamente la pérdida pecuniaria.

3.2.- Riesgos Cubiertos.

Se ampara la pérdida real pecuniaria sufrida por el asegurado, resultante de las rentas que dejare de percibir respecto a la parte o al total de su inmueble habitacional que normalmente este rentada a otros, debido a daños resultantes de una pérdida cubierta por esta póliza que provoque que este quede inhabitable. La vigencia del periodo de esta cobertura queda limitada al vencimiento del contrato de arrendamiento o al vencimiento de la póliza, lo que ocurra primero. No se cubre pérdidas o gastos debido a la cancelación de contratos de renta u otro acuerdo. Será obligación del asegurado contar con un contrato vigente de arrendamiento. El pago de la renta cesará cuando el inquilino se reinstale o deje el inmueble de manera definitiva o en caso contrario hasta agotar la suma asegurada o al término del periodo cubierto.

3.3.- Límites de responsabilidad.

El límite máximo de responsabilidad será de \$_100,000.00 MN para un periodo máximo de tres meses.

CLAUSULA 2ª EXCLUSIONES, DEDUCIBLES Y COASEGUROS.

A. EXCLUSIONES:

En ningún caso la Compañía será responsable por daños ocasionados a consecuencia de:

Exclusiones Generales de la Póliza.

1.- Dolo, mala fe del Asegurado, sus beneficiarios o causahabientes o de los apoderados de cualquiera de ellos, en las circunstancias mencionadas en la Cláusula 12a. de estas condiciones.

2.- Destrucción de bienes por actos de autoridad legalmente reconocida, con motivo de sus funciones, salvo en caso que sean tendientes a evitar una conflagración o en cumplimiento de un deber de humanidad.

3.-Expropiación, requisición, secuestro o decomiso, incautación o detención de bienes por autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones.

4.- Daños causados por hostilidades, actividades u operaciones de guerra declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra intestina, rebelión, insurrección, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de hecho o derecho.

5.- Daños causados directa o indirectamente, por reacciones nucleares radiaciones o contaminación radiactiva.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

- 6.- Daños causados por vibraciones o movimientos naturales del suelo, tales como hundimiento, desplazamiento y asentamientos normales no repentinos ni súbitos.
- 7.- Daños causados por humedad o por filtraciones de aguas subterráneas o freáticas.
- 8.- Daños por inundación por retroceso de agua en alcantarillado, falta o insuficiencia de drenaje, en los predios del Asegurado.
- 9.- Daños causados por falta de suministro público de gas, agua o energía eléctrica.
- 10.- Daños preexistentes al inicio de la vigencia de la póliza, así como pérdidas o daños causados por deficiencia en la construcción o en el diseño de los bienes asegurados, así como por falta de mantenimiento.
- 11.- Gastos de mantenimiento y los ocasionados por mejoras, adaptaciones y por extinción de plagas.
- 12.- Pérdidas o daños a bienes cubiertos que sean a consecuencia directa del funcionamiento continuo (desgaste, cavitación, erosión, corrosión, incrustaciones) o deterioro gradual debido a las condiciones atmosféricas o ambientales, o bien por la sedimentación gradual de impurezas en el interior de tuberías o la acción directa de plagas, depredadores, polilla, termita e insectos en general.
- 13.- Daños o pérdidas provenientes de roturas, astilladuras, rajaduras o desportilladuras de artículos frágiles; tales como: figuras u objetos de porcelana, cerámica, barro, cristal, vidrio y marfil.
- 14.- Cualquier gasto consecuencial que no sean los especificados en el inciso c) y/o d) de la cobertura básica para las Secciones I y II.
- 15.- Cláusula de Exclusión de Terrorismo: Por encima de cualquier disposición contraria pactada tanto en el presente Contrato de seguro como en cualquier endoso o anexo al mismo, las partes acuerdan que este contrato de seguro no cubre ningún tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directamente o indirectamente por, que sea resultante de, suceda por, como consecuencia de o en conexión con cualquier acto de terrorismo, y así haya cualquier otra causa contribuido paralelamente o en cualquier otra secuencia al siniestro, daño, costo o gasto. Se entenderá por "terrorismo" todo acto o amenaza de violencia, o todo acto perjudicial para la vida humana, los bienes tangibles e intangibles o la infraestructura, que sea hecho con la intención o con el efecto de influenciar cualquier gobierno o de atemorizar al público en todo o en parte.

La Compañía tendrá la carga de la prueba del siniestro, daño, costo o gasto, si en cualquier demanda u otro procedimiento legal la Compañía alegare que debido a esta exclusión dicho siniestro, daño, costo o gasto no está cubierto por el presente contrato de seguro. En el caso de que cualquier parte de esta cláusula sea declarada inválida o inejecutable, la parte restante permanecerá en vigor y podrá ser ejecutada.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

16.- Si la edificación se encuentra en remodelación o reconstrucción no se cubrirá ningún daño causado directa o indirectamente a consecuencia de dichas remodelaciones o reconstrucciones.

17.- Por marejada o inundación cuando éstas no fueren originadas por alguno de los peligros contra los cuales ampara este seguro, siempre que se cuente con la cobertura de riesgos hidrometeorológicos.

18.- Cuando se asegure la totalidad de un condominio es necesario que los equipos como calderas y recipientes sujetos a presión así como la maquinaria que sean propiedad común, se definan sus sumas aseguradas en las coberturas opcionales de Calderas y Rotura de Maquinaria para que estas queden cubiertas para los riesgos mencionados en ambas coberturas, sino quedarán excluidos.

19.- Aparatos o artefactos obsoletos o en desuso.

20.- Pérdidas o daños a equipos tomados en arrendamiento o alquiler, cuando la responsabilidad recaiga en el arrendador ya sea legalmente o según convenio de arrendamiento y/o mantenimiento. Daños y responsabilidades por reducción de ingresos y/o cualquier otra pérdida consecuencial.

21.- Defectos estéticos, tales como raspaduras de superficies pintadas, pulidas o barnizadas, pero si quedan cubiertas cuando dichas partes hayan sido afectadas por una pérdida o daño indemnizable ocurridos a los bienes asegurados. Pérdidas o daños ocurridos a equipos que operen bajo tierra, en el agua, en el aire, naves aéreas o espaciales.

Exclusiones particulares para cada Sección.

SECCIÓN I DAÑOS MATERIALES AL EDIFICIO Y SECCIÓN II DAÑOS MATERIALES A LOS CONTENIDOS.

Bienes y Riesgos Excluidos.

a). Edificios en proceso de construcción o reconstrucción y sus contenidos mientras no queden totalmente terminados en sus techos y paredes, o edificios que carezcan de una o más de sus puertas o ventanas exteriores, o que en cualquier forma presenten alguna falta de protección contra los elementos de la naturaleza como palapas, aunque estas últimas podrán ser cubiertas bajo convenio expreso.

b). Árboles, césped, jardines, suelos y terrenos, agua, pozos, presas, canales, cultivos, cosechas, ganado y/o animales, sus enfermedades y/o muerte, así como toda clase de bienes sobre o bajo el nivel del agua.

c). Muros de contención que se encuentren debajo del nivel del piso más bajo o independientes.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

- d). Frescos, vitrales o murales de decoración o de ornamentación, que estén pintados o que formen parte del edificio o construcciones aseguradas, éstos quedarán cubiertos bajo convenio expreso.
- e). Daños por aguas subterráneas o freáticas que ocasionen filtraciones a través de la cimentación, de los pisos o de los muros de contención, o bien fracturas de dicha cimentación o de los muros.
- f). Mojaduras, filtraciones de agua al interior de edificios o sus contenidos, a consecuencia de lluvias, granizo o nieve ocasionados por deficiencias en la construcción o diseño de los techos o de los muros, por falta de mantenimiento, a menos que los edificios sean destruidos o dañados en sus techos, muros, puertas o ventanas exteriores por la acción directa de los riesgos cubiertos.
- g).Asentamientos, hundimiento o derrumbe.
- h).Alimentos en cualquier presentación, así como bienes contenidos en refrigeradores, congeladores y cualquier otro aparato que conserve temperatura.
- i).Títulos, obligaciones o documentos de cualquier clase negociables o no, timbres postales y fiscales, cheques, letras, dinero en monedas o billetes bancarios, pagarés, libros de contabilidad u otros libros de comercio.
- j).Manuscritos, planos, croquis, dibujos, patrones modelos o moldes.
- k). Lingotes de oro y plata y pedrerías que no estén montadas.
- l).Desaparición o extravío.
- m). Saqueos que se realicen durante o después de la ocurrencia de un fenómeno meteorológico o sísmico o de cualquier siniestro indemnizable o no, que propicie que dicho acto se cometa en perjuicio del Asegurado.
- n). Tratándose de Equipo Electrónico y/o electrodoméstico: Fallas o defectos de los bienes asegurados, existentes al inicio de vigencia de este seguro. Pérdidas o daños que sean consecuencia directa del funcionamiento prolongado o deterioro gradual debido a condiciones atmosféricas o ambientales imperantes en el predio, tales como: desgaste, erosión, corrosión, incrustación, agrietamiento, cavitación. Cualquier gasto erogado con respecto al mantenimiento que efectúen terceros, mediante un contrato. Pérdidas o daños de los que sean legal o contractualmente responsable el fabricante o el proveedor de los bienes asegurados. Pérdidas o daños que sufran por uso de las partes desgastables. Pérdidas o daños que sufran cualquier elemento o medio de operación, tales como: lubricantes, combustibles, agentes químicos, éstos quedarán cubiertos bajo convenio expreso
- o). Con excepción de robo con violencia, incendio y explosión, esta póliza no cubre computadoras, teléfonos celulares, teléfonos inalámbricos, así como cualquier otro equipo de computación, todo ello estuviera obsoleto o en desuso.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

p). Para las coberturas de inundación, lluvia y avalancha de lodo, no se cubren los daños de bienes ubicados en zonas consideradas por las autoridades competentes como de alto riesgo de inundación o de avalancha de lodo, en asentamientos irregulares y los localizados en el fondo de cañadas o de depresiones topográficas.

q). Para los riesgos de Granizo, Ciclón, Huracán o vientos tempestuosos e inundación, no se cubren los daños a contenidos que se encuentren a la intemperie, exceptuando aquellos que por su propia naturaleza deban estarlo.

SECCIÓN IA Y SECCIÓN IIA TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA.

Esta Compañía en ningún caso será responsable por daños, a que este endoso se refiere:

a). A suelos y terrenos.

b). A muros de contención debajo del nivel habitable más bajo y muros de contención independientes.

c). A cualquier clase de frescos, vitrales o murales que con motivo de decoración o de ornamentación estén pintados o que formen parte del edificio o construcciones aseguradas, éstos quedarán cubiertos bajo convenio expreso.

d). Por pérdidas consecuenciales. Entendiéndose por estas: las pérdidas de cualquier ganancia, utilidad, provecho u otra pérdida consecencial similar, así como gastos fijos y salarios resultantes de la paralización o entorpecimiento de las operaciones del negocio con motivo de la realización de los riesgos de Terremoto y/o Erupción Volcánica.

e). A edificios, instalaciones y construcciones que no estén totalmente terminados y sus contenidos.

f). Directa o indirectamente, próxima o remotamente por reacciones nucleares, radiaciones o contaminaciones radioactivas, ya sean controladas o no y sean o no como consecuencia de Terremoto y/o Erupción Volcánica.

g). Por vibraciones o movimientos naturales del subsuelo que sean ajenos al terremoto, tales como hundimientos, desplazamientos y asentamientos normales no repentinos.

SECCIÓN III ROBO CON VIOLENCIA.

Bienes y Riesgos Excluidos.

a). Robo o abuso de confianza en el cual intervengan personas de las cuales el Asegurado fuere civilmente responsable, incluyendo a sus trabajadores domésticos.

b). Robo sin violencia, desaparición o extravío. Se entenderá por robo sin violencia aquel que no deje señales visibles de violencia del exterior al interior del inmueble en el lugar por donde se penetró.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

- c). Robo de lingotes de oro y plata, pedrería que no esté montada, documentos de cualquier clase negociables o no, timbres postales o fiscales, cheques, letras, pagarés, libros de contabilidad u otros libros de comercio.
- d). Pérdidas o daños a bienes que se encuentren fuera del domicilio asegurado, así como bienes en casas de campo para vacaciones, de descanso o similares.
- e). Pérdidas o daños materiales a consecuencia de: actos de huelguistas o de personas que tomen parte en paros, disturbios de carácter obrero, motines, alborotos populares, vandalismo o actos de personas mal intencionadas.
- f). Bienes en tránsito. No se cubre pérdidas o daños mientras se encuentre fuera de la ubicación del inmueble asegurado. Con excepción de los bienes amparados en la cobertura opcional de Asalto en vía pública, cuando esta haya sido contratada.

SECCIÓN IV RESPONSABILIDAD CIVIL FAMILIAR.

Queda entendido y convenido que este seguro en ningún caso ampara ni se refiere a:

- a). Responsabilidades provenientes del incumplimiento de contratos o convenios.
- b). La responsabilidad por prestaciones sustitutorias de incumplimiento de contratos o convenios.
- c). Responsabilidades derivadas del uso, propiedad o posesión de embarcaciones, aeronaves o vehículos terrestres de motor, salvo que éstos últimos estén destinados a su empleo exclusivo dentro de los inmuebles del Asegurado y no requieran de placa para su empleo en lugares públicos.
- d). Daños por participación en apuestas, carreras, concursos o competencias deportivas de cualquier clase o de sus pruebas preparatorias.
- e). Daños derivados de la explotación de una industria o negocio, del ejercicio de un oficio, profesión o servicio retribuido, o de un cargo o actividad, aún cuando sean honoríficos.
- f). Responsabilidades del Asegurado de acuerdo con la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social u otra disposición complementaria de dichas leyes. Con excepción de lo indicado en la sección IV punto 2 Cobertura Adicional Trabajadores Domésticos.
- g). Responsabilidades por daños causados por inconsistencia, hundimiento o asentamiento del suelo o subsuelo.
- h). No se considerarán comprendidas, dentro de las obligaciones que la Compañía asuma bajo esta póliza, las primas por fianzas que deban otorgarse como caución para que el Asegurado alcance su libertad preparatoria, provisional o condicional, durante un proceso penal.
- i). Responsabilidad por pérdidas o daños a bienes de terceros en poder y bajo la custodia del Asegurado por arrendamiento (excepto el inmueble motivo del seguro, cuando el Asegurado sea arrendatario), préstamo, encomienda, comodato o depósito, o por disposición de la autoridad.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

j). Responsabilidades derivadas de daños ocasionados dolosamente.

k). Responsabilidades de daños sufridos por: cónyuge, padres, hijos, hermanos, padres políticos, hijos políticos u otros parientes del Asegurado que vivan permanentemente con él.

l). Responsabilidades profesionales.

m). Responsabilidades por daños causados con motivo de obras, construcciones, ampliaciones o demoliciones.

n). Queda excluido de la cobertura de Trabajadores Domésticos, el traslado del trabajador de su domicilio al domicilio del Asegurado, así como el traslado del domicilio del Asegurado al domicilio del trabajador.

SECCIÓN V OTRAS COBERTURAS.

1) Rotura de Maquinaria.

Queda entendido y convenido que este seguro en ningún caso ampara ni se refiere a:

Daños producidos por la instalación de repuestos o uso de medios de operación diferentes a los especificados por el fabricante de la máquina asegurada.

2).- Calderas y Aparatos sujetos a presión.

La Compañía no será responsable, cualquiera que sea la causa, por pérdida o daños como consecuencia de:

a) Fugas o deformaciones graduales, evolución de ampollas u otras imperfecciones del material de que estén contruidos los equipos asegurados. Sin embargo, si será responsable la Compañía por pérdidas o daños a consecuencia de la realización de los riesgos cubiertos según la cláusula 2ª de esta póliza, aunque tengan su origen en dichas deformaciones o imperfecciones del material.

b) Cambios estructurales o de diseño, ampliaciones, reducciones, cambios en sus equipos auxiliares de operación, o uso de un combustible diferente del consignado en la especificación que se anexa a esta póliza, a menos que el Asegurado haya dado aviso de ello a la Compañía, por escrito, con diez días de anticipación y ésta haya expresado su conformidad al respecto, también por escrito.

c) Reparación efectuada a los equipos en forma provisional, salvo las que formen parte de la reparación definitiva.

d) Someter normalmente los equipos a presión superior a la máxima autorizada en la especificación anexa a esta póliza, o sujetarlos a cualquier clase de pruebas no acorde con la operación normal de dichos equipos

e) Caída de chimeneas que no estén soportadas directamente por la estructura de las calderas.

f) Fallas electromecánicas, en equipos asegurados que se dañen por su propia operación o por influencias extrañas.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

- g) Las pérdidas resultantes directa o indirectamente de:
- h) Reclamaciones por pérdidas o daños que sufran terceros.
- i) Cualquier otra consecuencia indirecta del riesgo realizado.
- j) Escape de, o daños a contenidos a menos que se haya contratado contenidos en cuyo caso se aplicarán las siguientes exclusiones especiales:

- Operación incorrecta de los equipos, válvulas o conexiones.
- Apertura de dispositivos de seguridad por sobre-presión.
- Defectos de juntas, empaques, prensa-estopas, conexiones o válvulas, discos de seguridad, diafragmas de ruptura y tapones fusibles
- Fisura o agrietamiento de calderas, recipientes o tuberías, salvo las contempladas en el inciso c) de la Sección II de la cláusula 2ª Coberturas Básicas.
- Daños a recubrimientos que no sean causados por los riesgos en la póliza.

B. DEDUCIBLES.

Sección I Daños Materiales al Edificio y Sección II Daños Materiales a los Contenidos.

Cobertura Básica.

a). En Daños a Cristales: En cada siniestro que afecte a cristales que formen parte del edificio y/o de los contenidos, el deducible a cargo del asegurado será del 5% del valor del cristal.

b). Equipo Electrónico y/o Electrodoméstico: En caso de siniestro, siempre quedará a cargo del Asegurado:

Para daños parciales: un deducible del 25% del costo de reparación con mínimo de \$200.00 pesos M.N. con tope en el 10% del valor de reposición del equipo dañado al momento del siniestro.

Para pérdidas totales: un deducible del 10% del valor de reposición del equipo dañado al momento del siniestro.

c). Para todos los demás riesgos que amparan estas Secciones a excepción de Incendio y/o Rayo, Explosión y los riesgos estipulados en los incisos c (Remoción de Escombros) y d (Gastos Extraordinarios). de la Cobertura Básica, siempre quedará a cargo del Asegurado una cantidad equivalente al 1% de la suma asegurada, por cada evento, hasta por una cantidad máxima de \$ 13,600.00 MN.

d). Inundación: En cada reclamación por daños materiales ocasionados por inundación, se aplicará un deducible del 1% de la suma asegurada para este riesgo hasta por una cantidad máxima de \$ 68,000.00 MN.

e). Cristales especiales: En cada reclamación por daños materiales se aplica un deducible del 5% del valor del cristal por evento.

Sección IA y IIA Terremoto y/o Erupción Volcánica.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

En cada reclamación por daños materiales a los edificios, construcciones y contenidos amparados por esta póliza, se aplicará el deducible que se especifica en la póliza. El deducible se expresa en porcentaje y dependerá de la zona de terremoto.

Si el seguro comprende dos o más incisos o cubre bajo cualquier inciso dos o más edificios, construcciones o sus contenidos, el deducible se aplicará separadamente con respecto a cada inciso y en su caso con respecto a cada edificio, construcción y/o sus contenidos.

Este deducible se aplica sobre el 100% de la suma asegurada menos el coaseguro correspondiente.

Sección III Robo con Violencia.

1.- Deducible aplicable a bienes descritos en el punto 1. BIENES CUBIERTOS de la sección III Robo con Violencia y/o Asalto de la Cláusula 1a. ESPECIFICACION DE COBERTURAS.

a). El deducible aplicable será del 10% sobre la pérdida con mínimo de \$ 2,300.00 MN.

2.- Deducible aplicable a bienes asegurados opcionalmente como Objetos Valuados.

a). El deducible aplicable será de 20% sobre la pérdida con mínimo de \$ 2,300.00 MN.

Cuando se trate de siniestros como consecuencia de robo por asalto, el deducible aplicable será de acuerdo a lo establecido en los puntos 1.a). y/o 2.a). que anteceden, según corresponda; entendiéndose por asalto el perpetrado dentro del inmueble asegurado con uso de violencia sobre las personas, sea moral o física.

3.- Deducible aplicable a bienes asegurados opcionalmente por asalto en la vía pública.

Siempre quedará a cargo del Asegurado una cantidad equivalente al 10% sobre el importe de la pérdida con mínimo de \$ 230.00 MN.

SECCIÓN IV Responsabilidad Civil Familiar.

En caso de daño indemnizable opera sin deducible, sin embargo al amparo de las coberturas de Trabajadores Domésticos, siempre quedará a cargo del asegurado un deducible de \$ 1,000.00 MN por cada reclamación y/o cobertura afectada por separado.

SECCIÓN V Otras Coberturas.

1.- Rotura de Maquinaria.

En cada reclamación por daños, se aplicará un deducible del 3% del valor de reposición del equipo dañado con un mínimo de \$ 4,500.00 MN.

2.- Calderas y aparatos sujetos a presión.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

En cada reclamación por daños, se aplicará un deducible del 2% del valor de reposición del equipo dañado.

C. COASEGUROS.

1.- Terremoto: Es condición indispensable para el otorgamiento de la cobertura establecida en este endoso, que el Asegurado soporte por su propia cuenta conforme a la zona sísmica donde se ubiquen los bienes asegurados un porcentaje de toda pérdida o daño indemnizable que sobrevenga a los bienes asegurados por Terremoto y/o Erupción Volcánica, porcentaje que se especifica en la póliza.

2.- Inundación: Es condición básica para el otorgamiento de esta cobertura que el Asegurado soporte por su propia cuenta un 20% de toda pérdida o daño que por inundación sobrevenga a los bienes asegurados.

3.- Calderas: Es condición básica para el otorgamiento de esta cobertura que el Asegurado soporte por su propia cuenta un 25% de toda pérdida o daño del equipo dañado.

El coaseguro se aplicará sobre la pérdida indemnizable, después de haber descontado el deducible.

CLÁUSULA 3ª LIMITE TERRITORIAL

La presente póliza sólo surtirá sus efectos por pérdidas y/o daños ocurridos y gastos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos.

CLÁUSULA 4ª SUMA ASEGURADA

Aplicable a todas las Secciones de la presente póliza, incluyendo terremoto.

La suma asegurada ha sido fijada por el Asegurado y no es prueba del valor ni de la existencia de los bienes asegurados; únicamente representa la base para limitar la Responsabilidad Máxima de la Compañía.

En caso de siniestro que amerite indemnización, esta será pagada bajo el concepto de primer riesgo absoluto, lo que significa que la Compañía indemnizará el 100% de la pérdida con límite en la suma asegurada de cada una de las secciones incluyendo terremoto, no importando el valor total de los bienes asegurados. No obstante, la responsabilidad máxima de la Compañía en ningún caso será mayor al "Valor de Reposición" o al "Valor Real" de los bienes asegurados, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 7a. de estas condiciones generales.

La presente estipulación será aplicable a cada una de las Secciones por separado.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

CLÁUSULA 5ª INCREMENTO AUTOMÁTICO DE SUMA ASEGURADA

Queda entendido y convenido que las sumas aseguradas de la sección I Daños Materiales al Edificio, II Daños Materiales a los Contenidos y V Otras Coberturas, se aumentarán mensualmente, de manera automática, conforme al incremento porcentual que sufra el índice nacional de precios al consumidor publicado por el Banco de México, sin exceder, durante toda la vigencia de la póliza, del 10% sobre las sumas originalmente pactadas.

CLÁUSULA 6a REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO.

Toda indemnización que la Compañía pague reducirá en igual cantidad la suma asegurada en cualquiera de las Secciones de esta póliza que se vea afectada por siniestro, sin embargo, se conviene en reinstalarla a petición del Asegurado previa aceptación de la Compañía y mediante la obligación de pagar la prima adicional correspondiente, desde la fecha del siniestro o desde otra posterior, hasta el vencimiento del seguro.

En caso de no hacerlo así, la suma asegurada quedará reducida en la cantidad indemnizada, a partir de la fecha del siniestro.

CLÁUSULA 7a VALOR INDEMNIZABLE.

Aplicable a todas las Secciones de la presente póliza.

En caso de siniestro que amerite indemnización, será indispensable demostrar la preexistencia de los bienes, y el valor indemnizable se determinará tomando como base el "Valor de Reposición", excepto en pérdidas o daños por robo y/o asalto, para los cuáles se considerará el "Valor Real"; y en pérdidas o daños a equipo electrónico, se procederá como sigue:

a). En pérdidas por daños parciales no se hará reducción alguna por Concepto de depreciación por uso respecto a partes repuestas, no obstante la indemnización se hará sin exceder del valor real del equipo afectado a la fecha del siniestro, en caso de que la reparación del bien exceda el 74% del valor real del bien se considerara pérdida total constructiva indemnizando de acuerdo al inciso b).

b). En caso de pérdida por destrucción total de un bien o bienes asegurados, la Compañía indemnizará sin exceder de la suma asegurada hasta el monto del valor real de los mismos a la fecha del siniestro.

En caso de siniestro, la Compañía podrá optar por reponer o reparar los bienes dañados, o bien, pagar en efectivo el valor de los mismos.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

Por "Valor de Reposición" se entiende, la cantidad que sería necesaria erogar para la construcción y/o reparación cuando se trate de bienes inmuebles y/o adquisición, instalación o reparación cuando se trate de bienes muebles (contenidos) de igual clase, calidad, tamaño y/o capacidad que los bienes asegurados, sin considerar deducción alguna por depreciación física. Por contraparte, "Valor Real" es aquel del que bajo los mismos conceptos anteriores, si se deduce la depreciación física por uso.

CLÁUSULA 8a MEDIDAS QUE PUEDE TOMAR LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

En todo caso de siniestro que destruya o perjudique los bienes y mientras no se haya fijado definitivamente el importe de la Indemnización correspondiente, la Compañía podrá:

- a). Penetrar en los edificios o locales en que ocurrió el siniestro para determinar su causa y extensión.
- b). Hacer examinar, clasificar y valorizar los bienes donde quiera que se encuentren. En ningún caso esta obligada la Compañía a encargarse de la venta o liquidación de los bienes o de sus restos, ni el Asegurado tendrá derecho a hacer abandono de los mismos a la Compañía.

CLÁUSULA 9a PERITAJE.

Al existir desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca del monto de cualquier pérdida o daño, la cuestión será sometida a dictamen de un perito nombrado de común acuerdo, por escrito por ambas partes, pero si no se pusieran de acuerdo en el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 días contados a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera. Antes de empezar sus labores, los peritos nombraran un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciera cuando sea requerida por la otra parte, o si los peritos no se pusieren de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuere necesario.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física o su disolución si fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito o de los peritos o del perito Tercero, según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (las partes, los peritos o la Autoridad Judicial) para que los sustituya.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

Los gastos y honorarios que se originen con motivo de peritaje, serán a cargo de la Compañía y del Asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio perito.

El peritaje a que esta cláusula se refiere, no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la pérdida que eventualmente estuviere obligada la Compañía a resarcir, quedando las partes en libertad de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

CLÁUSULA 10a OTROS SEGUROS.

Si el Asegurado o quien sus intereses represente contrataren otros seguros que cubran por los mismos riesgos, los bienes y responsabilidades aquí amparados, tendrán la obligación de notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el nombre de la aseguradora y las sumas aseguradas contratadas. Si el Asegurado omitiere intencionalmente dicho aviso o si contratare los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

CLÁUSULA 11ª AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Habiendo sido fijada la prima de acuerdo a las características del riesgo que constan en la Póliza, el Asegurado deberá notificar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provocara una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

CLÁUSULA 12a FRAUDE, DOLO O MALA FE.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- 1.- Si el Asegurado, sus familiares, sus causahabientes, el beneficiario o cualquier persona responsable en alguna forma de los bienes asegurados, o los apoderados o los representantes de cualquiera de las personas mencionadas, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
- 2.- Si, con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía la documentación de que trata la Cláusula 28a.
- 3.- Si hubiere en el siniestro o en la reclamación fraude, dolo o mala fe de las personas mencionadas en el inciso 1). de ésta cláusula.
- 4.- Si el siniestro se debe a culpa grave del Asegurado o de cualquier persona que actúe a nombre y con la autorización de él, en relación con el objeto del seguro.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

CLÁUSULA 13ª SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

En los términos de la Ley, una vez pagada la indemnización correspondiente la Compañía se subrogará hasta por la cantidad pagada, en los derechos del Asegurado, así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro. Si la Compañía lo solicita, a costa de ésta, el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública. Si por hechos u omisiones del Asegurado se impide la subrogación, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones. Si el daño fuere indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

CLÁUSULA 14ª BENEFICIARIO PREFERENTE.

En caso de pérdida que amerite indemnización al amparo del presente contrato, esta será pagadera preferentemente a la persona señalada como Beneficiario Preferente en la carátula de la póliza, hasta por el interés asegurable que le corresponda.

CLÁUSULA 15a LUGAR Y PLAZO DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización procedente en sus oficinas, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido la información y documentos que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

CLÁUSULA 16a COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al usuario de Servicios Financieros.

CLÁUSULA 17ª COMUNICACIONES.

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato deberá enviarse a la Compañía por escrito, precisamente a su domicilio social.

CLÁUSULA 18a PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO.

De conformidad con el artículo 34 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro la prima a cargo del **Asegurado** vence al momento de celebrarse el contrato.

a) Plazo de Pago de Prima

No obstante lo anterior, la Compañía y el Asegurado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro fijarán de común acuerdo el plazo en que deberá pagarse la prima, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta, contándose estos en días naturales, para ello, el Asegurado indicará dicho plazo en la solicitud de seguro y la Compañía asentará su aceptación en la carátula de la póliza.

El Asegurado se obliga a pagar la prima en el plazo de pago convenido teniendo como fecha límite la Fecha de Vencimiento de Pago, la cuál se especifica en la carátula de la póliza de no realizarlo, cesarán automáticamente los efectos del contrato a las 12:00 horas de la Fecha de Vencimiento de Pago.

En caso de que la Compañía y el Asegurado no establezcan plazo para el pago de la prima o éste no aparezca en la carátula de la póliza, el plazo vencerá a las 12:00 horas del trigésimo día natural siguiente a la fecha de celebrado el contrato.

Desde el momento en que celebre el contrato y hasta que concluya el plazo de pago acordado, los bienes asegurados contarán con la cobertura del seguro.

En caso de siniestro dentro del plazo convenido para el pago de la prima, la Compañía deducirá de la indemnización el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar el total de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

b) Pago en Parcialidades

El Asegurado podrá optar por el pago fraccionado de la prima anual, en cuyo caso las exhibiciones deberán ser periodos de igual duración no inferiores a un mes, que vencerán y deberán ser pagadas al inicio de cada periodo pactado.

Si la Compañía y el Asegurado convinieren que el pago de la prima se haga en parcialidades únicamente se podrá pactar plazo de pago para la primera parcialidad en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y que se especifica en la carátula de la póliza.

El Asegurado se obliga a pagar la prima correspondiente a la primer parcialidad, en el plazo convenido teniendo como fecha límite la Fecha de Vencimiento de Pago, la cuál se especifica en la carátula de la póliza, de no realizarlo, cesarán automáticamente los efectos del contrato a las 12:00 horas de la Fecha de Vencimiento de Pago.

En caso de que la Compañía y el Asegurado no establezcan plazo para el pago de la prima correspondiente a la primera parcialidad o éste no aparezca en la carátula de la póliza, el plazo vencerá a las 12:00 horas después de haber transcurrido treinta días naturales a la fecha de celebrado el contrato.

Después del primer pago parcial los pagos subsecuentes vencerán invariablemente a las 12:00 horas de su vencimiento por lo que **no están sujetos al plazo de gracia** establecido para la primera parcialidad.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

En caso de siniestro que implique pérdida total, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o Contratante el total de la prima pendiente de pago del riesgo afectado, o la fracción de ella hasta completar la prima anual del seguro.

c) Lugar de Pago

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las Oficinas de la Compañía o en las instituciones bancarias señaladas por esta, contra entrega el recibo correspondiente.

d) Cesación de los Efectos del Contrato por Falta de Pago.

Si no hubiera sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro del plazo de pago convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de este plazo.

CLÁUSULA 19a REHABILITACIÓN.

No obstante lo dispuesto en la Cláusula 18ª. Prima y Obligaciones de Pago, el Asegurado podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día de vigencia del contrato, podrá presentar una solicitud por escrito solicitando la rehabilitación del documento; para lo cual la Compañía en caso de aceptar dicha rehabilitación confirmará por escrito su autorización para la aceptación del riesgo.

Con base a lo anterior, el Asegurado deberá efectuar dentro del mismo plazo el pago de la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado. Dando cumplimiento a lo anterior los efectos de este seguro se rehabilitaran a partir de la hora y días señalados en el comprobante de pago y la Compañía devolverá a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita, por escrito, que se amplíe la vigencia del seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día de vigencia del contrato y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualesquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

CLÁUSULA 20ª TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen que éste podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito. Cuando el Asegurado lo dé por terminado, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el Seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la siguiente tabla:

Periodo	Porcentaje de la prima anual
Hasta 10 días	10%
Hasta un mes	20%
Hasta 1 1/2 mes	25%
Hasta 2 meses	30%
Hasta 3 meses	40%
Hasta 4 meses	50%
Hasta 5 meses	60%
Hasta 6 meses	70%
Hasta 7 meses	75%
Hasta 8 meses	80%
Hasta 9 meses	85%
Hasta 10 meses	90%
Hasta 11 meses	95%

Cuando la Compañía lo dé por terminado, lo hará mediante notificación por escrito al Asegurado, surtiendo efecto la terminación del Seguro después de 15 días de recibida la notificación respectiva. Dentro de ese mismo lapso, la Compañía deberá devolver al Asegurado la prima no devengada a prorrata, en el entendido que sin este requisito la cancelación no surtirá efecto.

CLÁUSULA 21a MONEDA.

Salvo pacto en contrario, tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, son liquidables en moneda nacional, en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

CLÁUSULA 22a PRINCIPIO Y TERMINACIÓN DE VIGENCIA.

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas indicadas en la carátula de la misma a las 12 horas del lugar en que se encuentren las propiedades aseguradas.

CLÁUSULA 23a PRESCRIPCIÓN.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguros prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que las dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

CLÁUSULA 24a INTERÉS MORATORIO.

Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora:

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquel en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquel en que se efectúa el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

obligación principal conforme a la fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado.

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aún cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones.

VIII. Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

CLÁUSULA 25ª ARTÍCULO 25 DE 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 30 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.

CLÁUSULA 26a ACTUALIZACIÓN DE SUMA ASEGURADA A LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

No obstante que la presente póliza opera a primer riesgo absoluto, a su renovación las sumas aseguradas de las Secciones I Edificio y II Contenidos se establecerán tomando como base los montos inicialmente contratados para estas Secciones de la póliza, más un 5%, esto con la finalidad de que las sumas aseguradas mencionadas no se vean descompensadas por el incremento del valor de los bienes asegurados, ya sea por efecto de la inflación o por la adquisición de otros bienes.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

CLÁUSULA 27a MEDIDAS DE SALVAGUARDA O RECUPERACIÓN.

Al ocurrir un siniestro producido por alguno de los riesgos amparados por esta póliza, el Asegurado tendrá la obligación de ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño, si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la Compañía y se atenderá a las que ella le indique.

Los gastos hechos por el Asegurado que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la Compañía y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos.

Sin el consentimiento de la Compañía, el Asegurado estará impedido de variar el estado de las cosas, salvo por razones de interés público o para evitar o disminuir el daño.

Si el Asegurado viola la obligación de evitar o disminuir el daño o de conservar la invariabilidad de las cosas, la Compañía tendrá el derecho de reducir la indemnización hasta el valor que ascendería si dicha obligación se hubiere cumplido. Si dicha obligación es violada por el Asegurado con intención fraudulenta, éste quedará privado de sus derechos contra la Compañía.

CLÁUSULA 28a PROCEDIMIENTO EN CASO DE PÉRDIDA.

1.- Aviso Inmediato. - Al tener conocimiento de algún siniestro, el Asegurado o el beneficiario deberán reportarlo inmediatamente a Cabina Nacional a los teléfonos existentes para ello. Debiéndose proporcionar la siguiente información:

- **Número de Póliza.**
- Nombre del Asegurado.
- Teléfono de Asegurado.
- Domicilio en donde se debe atender el siniestro.
- Causa de los Daños.
- Fecha del Siniestro.
- Bienes afectados.
- Cualquier otro dato que ayude a una rápida tramitación del siniestro.

De acuerdo a la naturaleza, origen o magnitud del siniestro, se podrá optar por:

- a) Enviar un inspector de la Compañía, para certificar las pérdidas o daños.
- b) Nombrar un ajustador profesional independiente.

2.- Presentación de la reclamación. - Se deberá presentar la reclamación bajo las siguientes condiciones: Carta dirigida a la Cía. anotando número de póliza, inciso afectado y monto reclamado. En dicha carta deberá estar desglosado detalladamente el importe reclamado, anexando la documentación original que compruebe y fundamente todos los alcances de la reclamación.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

3.- Documentación que deberán proporcionar.- La documentación específica para cada ramo es solicitada por los inspectores o ajustadores. Esta documentación que el Asegurado proporcione debe ser en originales o en su defecto copias autógrafas o certificadas. También se mencionan en términos generales las medidas que deben tomarse en relación con el siniestro así como recomendaciones específicas para cada caso.

4.- Firma del Convenio de Liquidación.- Generalmente el inspector o el ajustador profesional presenta una Carta Convenio de Liquidación, la cual de merecer la conformidad del Asegurado, firmará y previa aceptación de la Compañía servirá como base para liquidar la indemnización.

En caso de inconformidad con la cantidad o términos determinados en el Convenio por el Ajustador, será necesario se comunique esta situación a la Gerencia de Paquete Familiar con objeto de analizar los antecedentes y hacer las aclaraciones pertinentes.

5.- Salvamento.- De acuerdo a las condiciones de la póliza, al efectuar la liquidación, los restos de los bienes dañados pasarán a ser propiedad de la Aseguradora; sin embargo, si el Asegurado se interesa en conservar dichos bienes podrá hacer una oferta por los mismos.

ASISTENCIA PARA EL HOGAR

Endoso que se agrega y forma parte de las condiciones generales de la póliza de Seguro Voluntario de casa-habitación.

I. COBERTURAS.

I. El servicio a que se refiere esta cobertura se prestará bajo las siguientes condiciones:

La compañía mediante esta cobertura, prestará el servicio de Asistencia para el Hogar, cuando se haya contratado esta cobertura y quede especificado en la carátula de la póliza como "amparada".

II. Los servicios de asistencia a que se refiere este contrato se prestarán de acuerdo a las condiciones siguientes:

Se consideran cubiertos los servicios que a continuación se mencionan.

II.1 Envío de especialistas para reparaciones de emergencias:

II.1.1 Plomería - Derrames de agua ocurridos en las instalaciones de la Vivienda tanto en alimentadores como en drenajes y que pueda provocar manchas permanentes en paredes y los techos o que pueda causar daños graves permanentes a pisos, alfombras y al menaje de la Vivienda. Fugas de gas en la instalación de la Vivienda que no puedan ser controladas por una llave de paso.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

II.1.2 Electricidad - Corto circuito ocurrido en las instalaciones de la Vivienda y que como consecuencia pudiere provocar un incendio en la Residencia Permanente del Beneficiario.

II.1.3 Cerrajería - Descomposturas que impidan el cierre de puertas *y/o* ventanas que tengan acceso a la calle.

II.1.4 Cristales - Rotura accidental súbita e imprevista de cristales de puertas o ventanas que formen parte de la fachada exterior de la vivienda.

En todos los casos el Beneficiario deberá estar presente al momento de la reparación y firmar previa y posteriormente el documento de presupuesto-reparación que le presente el operario, para el efecto de comprobar la satisfacción del servicio y de que este fue proporcionado.

II.2 Pago de renta de automóviles - Si a consecuencia de un Siniestro ocurrido en la Residencia Permanente del Beneficiario, el Automóvil o Automóviles propiedad del Beneficiario o de su Familia que se encuentren dentro de la Vivienda resultasen inutilizables la compañía gestionará la renta del Automóvil o Automóviles que resultaran inutilizables hasta por 5 días consecutivos cada uno y hasta un máximo de 4 automóviles por evento.

II.3 Envío y pago de ambulancia terrestre en caso de accidente dentro del hogar - En caso de Accidente en la Residencia Permanente del Beneficiario y si a consecuencia de éste, el Titular de la Póliza o cualquier miembro de su Familia que habite en su domicilio, sufre lesiones o traumatismos tales que el médico que lo atienda, recomiende su traslado, se gestionará el traslado del Beneficiario en ambulancia terrestre al centro hospitalario más cercano y si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica al centro hospitalario más apropiado de acuerdo a los padecimientos, heridas o lesiones que el Beneficiario presente, este traslado no incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo.

Estos Beneficios (II.2 y II.3) se otorga hasta por un máximo de 2 (dos) eventos por año.

II.4 Coordinación y envío de ambulancia terrestre en caso de enfermedad - En caso de Enfermedad del Beneficiario Titular de la Póliza o cualquier miembro de su Familia que habite en su Residencia Permanente si requiriese tratamiento médico de emergencia, y si el médico que lo atienda, recomiende su hospitalización, se gestionará el envío de ambulancia terrestre a su Residencia Permanente para el traslado del Beneficiario al centro hospitalario más cercano de acuerdo a los padecimientos que presente. Los costos que se generen por este servicio serán a cargo del Beneficiario.

II.5 Enlace telefónico de especialistas para reparaciones no urgentes - A solicitud del Beneficiario bajo su responsabilidad y a cargo del mismo, se enlazará telefónicamente al beneficiario con un prestador de servicio especialista del tipo de servicio requerido como: Plomeros, electricistas, vidrieros, herreros y cerrajeros. Este Beneficio, por tratarse de un servicio no urgente, operará y estará disponible sólo en días laborables de 9:00 a 18:00 Horas. En cualquier caso, los costos de honorarios tanto de mano de obra como de material, desplazamientos o cualquier otro que pudiera producirse, será por cuenta total del Beneficiario.

II.6 Asesoría en caso de robo o intento del mismo en el domicilio habitual del beneficiario titular – Se dará vía telefónica asesoría al beneficiario sobre los pasos a seguir para la denuncia de los hechos ante las autoridades correspondientes.

II.7 Referencia y enlace telefónico de mudanzas y custodia de muebles – Se dará el servicio de enlace entre el Beneficiario y personal especialista para que bajo la responsabilidad del Beneficiario, éste le solicite realizar la mudanza del mobiliario utilizable que el beneficiario designe, hasta el domicilio designado por él mismo, o bien si así lo determinara necesario el Beneficiario solicitar bajo su propia responsabilidad el depósito del mobiliario en una bodega hasta por el período que designe el propio Beneficiario.

Los costos de mudanza y bodega serán pagados por el Beneficiario o su Representante directamente a quien preste el servicio al momento de ser contratado. La Compañía no será responsable por el incumplimiento, daños, pérdida o robo ocasionados a dichos muebles y enseres durante las maniobras de mudanza, ni por el período que dure el depósito en bodega.

No existe un límite de eventos para los beneficios (II.4, II.5, II.6 y II.7).

III. En caso de que en el lugar donde habita el Beneficiario no sea posible proporcionar los servicios a que tiene derecho, quedará facultado para contratar el servicio y presentar su reclamación vía reembolso contra entrega de recibo correspondiente, en los términos y condiciones de esta póliza.

IV. EXCLUSIONES.

En general para todos los servicios:

IV.1. Las Situaciones de Asistencia ocurridas antes de la fecha de inicio de vigencia indicado en la carátula de la Póliza.

IV.2. Las Situaciones de Asistencia causadas por dolo o culpa grave del Beneficiario o de las personas que de él dependan o vivan con él, no dan derecho a los Servicios de Asistencia.

IV.3. Los servicios que el Beneficiario haya contratado por su cuenta, sin conocimiento y autorización de la Compañía, salvo lo establecido en la Cláusula III.

IV.4. Los daños causados por filtraciones de humedad en muros y tejados, cuando sean consecuencia del descuido en el mantenimiento de la Vivienda.

IV.5. La compañía no proporcionará en ningún caso los gastos en que incurra el Beneficiario por concepto de:

a). Gasolina consumida durante el período de renta de un automóvil.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

- b). Multas de cualquier tipo que sean impuestas por las autoridades.
- c). Robo parcial o total del automóvil rentado.
- d). Cargos del deducible por siniestro del automóvil rentado.
- e). Cualquier daño, perjuicio o impuesto que sufra o cause el automóvil rentado.

IV.6. Daños ocasionados en caso de erupciones volcánicas, huracanes, trombas, sismos, movimientos telúricos, terremotos o temblores de tierra o cualquier fenómeno meteorológico.

IV.7. La reparación de elementos de la iluminación como, lámparas, focos, bombillas, tubos fluorescentes, apagadores, enchufes y bombas eléctricas.

IV.8. Los daños que sufran los aparatos electrodomésticos y en general aparatos que funcionen por suministro eléctrico.

IV.9. Aparatos sanitarios, calderas, calentadores, radiadores, aparatos de aire acondicionado y en general cualquier aparato doméstico conectado a las tuberías de agua y/o gas.

DEFINICIÓN DE ALGUNOS TÉRMINOS USADOS.

Primer Riesgo Absoluto.- Bajo este concepto la Compañía indemniza el 100% de la pérdida hasta el límite de la suma asegurada, descontando, en su caso, el deducible y/o coaseguro.

Cobertura Amplia.- Pérdidas y/o daños materiales causados directamente por cualquier riesgo, siempre que este sea, súbito, imprevisto, accidental y que no se encuentre expresamente excluido.

Construcción Maciza.- Se entiende por construcción maciza aquella cuyos muros son: de tabique, concreto, block o piedra y sus techos de concreto, bóveda de ladrillo o metálica.

Suma Asegurada. La cual será la cantidad fijada por el Asegurado para cada una de las secciones, que constituye el límite máximo de responsabilidad de la Compañía en caso de siniestro y deberá corresponder al Valor de Reposición de los bienes.

Coaseguro.- Es el porcentaje de participación del Asegurado de toda pérdida indemnizable.

Moneda extranjera corriente.- Se considerara como moneda extranjera a únicamente dólares americanos.

Deducible.- Es la cantidad fija, establecida en la póliza, que en caso de siniestro se deduce de la indemnización.

Inundación.- Cubrimiento temporal accidental del suelo por aguas, a consecuencia de desviación, desbordamiento o rotura de los muros de contención, de ríos, lagos, presas,

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

estanques, canales u otras corrientes o depósitos de agua naturales o artificiales. No se considera inundación la obstrucción, insuficiencia o carencia de drenajes.

Responsabilidad Civil.- Obligación legal de resarcir los daños causados a un tercero por el Asegurado.

Tercero.- Persona sin ninguna dependencia económica del Asegurado y en general sin ninguna relación contractual con el mismo pero beneficiaria del contrato de seguro.

Valor Indemnizable.- Se determinará de acuerdo a la pérdida sufrida tomando como base el valor de reposición (excepto en la cobertura de Robo, en el cual se considerará a valor real) de los bienes a la fecha del siniestro con límite en la suma asegurada.

Valor de Reposición.- Es la cantidad que sería necesaria erogar para la construcción y/o reparación cuando se trate de bienes inmuebles; y/o adquisición, instalación o reparación cuando se trate de bienes muebles; de igual clase, calidad, tamaño y/o capacidad de los bienes asegurados sin considerar deducción por depreciación física.

Valor Real.- Valor que exigiría la adquisición o reposición de bienes de la misma clase, calidad y capacidad de los dañados, pero considerando su depreciación física por uso.

Robo con violencia.- Sustracción de bienes perpetrado por cualesquiera personas o conjunto de ellas, que haciendo uso de violencia física del exterior al interior del inmueble, dejen señales visibles en el lugar por donde se penetró.

Palapa.- Se entenderá como palapa a una construcción fija separada de la construcción principal, que tenga estructura de madera, metal o concreto y cuyo techo este elaborado con hoja de palma.

Franquicia.- Se entiende como franquicia, la cantidad que el asegurado soporta por su propia cuenta al ocurrir un siniestro debido a un riesgo amparado por la póliza. Si el importe del siniestro es superior a la cantidad estipulada, la Compañía indemnizará la totalidad de la pérdida, o hasta el límite establecido para la cobertura afectada.

Extensión de cubierta.- Riesgo cubierto dentro de la cobertura Amplia, utilizado para englobar los siguientes riesgos:

1. Explosión
2. Granizo, ciclón, huracán o vientos tempestuosos.
3. Nieve.
4. Huelgas y alborotos populares, conmoción civil, vandalismo y daños por personas mal intencionadas.
5. Naves aéreas u objetos caídos de ellas.
6. Daños o pérdidas causados por vehículos o naves aéreas de propiedad o al servicio del Asegurado y de propiedad o al servicio de inquilinos.
7. Daños por humo o tizne.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

8. Roturas o filtraciones accidentales de tuberías o sistemas de abastecimiento de agua o de vapor, que se localicen dentro de los límites de los predios mencionados en la póliza.
9. Descargas accidentales o derrame de agua o de vapor de agua, provenientes de equipos o aparatos domésticos, comprendiendo acondicionamiento de aire o calefacción.
10. Daños causados directamente por obstrucción en las bajadas de aguas pluviales a causa de la acumulación de granizo.
11. Caída de árboles.
12. Caída de antenas parabólicas o de radio de uso no comercial.

Menaje de casa.-Se entenderá por menaje de casa: todos los muebles, enseres, artículos de uso doméstico, ropa y efectos personales.

Calderas y recipientes sujetos a presión con fogón. Un recipiente cerrado en el cual se caliente o se convierta el agua u otro líquido en vapor, por medio de calor generado por cualquier combustible o por electricidad. Este seguro comprende cualquier equipo auxiliar de las calderas o recipientes asegurados, que se encuentre en la estructura de los mismos, incluyendo los conductos de gases hasta su descarga en la chimenea y se extiende a la tubería de alimentación entre las bombas de alimentación, los inyectores, las calderas y recipientes, a toda la tubería de salida de vapor de las calderas, hasta la válvula más cercana, incluyendo dicha válvula.

Equipos auxiliares. Los quemadores de combustible, parrillas, economizadores, precalentadores de aire, tableros y equipo de control e inyectores que se encuentren en la estructura de las calderas y recipientes con fogón. Así como también calentadores de combustibles y ventiladores de tiro forzado de calderas igneotubulares que se encuentren integrados al cuerpo de la misma.

Recipiente sujeto a presión sin fogón. Aquel que trabaje normalmente a presión o al vacío, pero que no es calentado directamente por fuego o con gases provenientes de combustión, más no incluirá las tuberías de entrada o salida, ni empaques, válvulas y guarniciones de las mismas.

Tuberías. La red o circuito de tuberías metálicas instaladas, de cualquier diámetro, que conduzcan un mismo fluido a presión entre la caldera o recipiente a presión y los equipos que lo utilicen, incluyendo conexiones, soportes y válvulas, pero excluyendo aislamientos.

SUBPARTIDA 2.2.1

COBERTURAS ADICIONALES (NO APLICA)

ANEXO 3

PARTIDA 3

SEGUROS DE VEHÍCULOS

PROCEDIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN (SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL Y EL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN), PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2011 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2014.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación de los Seguros del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2011 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2014.

De acuerdo a las especificaciones técnicas que se señalan en:

SUBPARTIDA 3.1: Seguro Institucional de Vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación

3.1.1: Coberturas Adicionales (No aplica)

SUBPARTIDA 3.2: Seguro voluntario de vehículos particulares de servidores públicos del Poder Judicial de la Federación

3.2.1: Coberturas Adicionales (No aplica)

La población y siniestralidad de las subpartidas antes mencionadas se entregara en disco óptico a los licitantes en la compra de las bases.

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

El contrato o los contratos que se deriven de la presente licitación, podrán ser modificados dentro de su vigencia, de así considerarlo el Poder Judicial de la Federación, en términos de su normativa. **(ANEXO 4)**

SUBPARTIDA 3.1

**SEGURO DE VEHÍCULOS PROPIEDAD DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**

SEGURO DE VEHICULOS PROPIEDAD DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

El Servicio materia de esta contratación, es el Seguro de Automóviles que se refiere al aseguramiento para cubrir los riesgos que se pudieran presentar en los vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación.

Para la cotización de la flotilla vehicular integrada por 201 unidades de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 375 unidades del Consejo de la Judicatura Federal, y 196 unidades del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, se proporciona relación agregada a la carpeta de información en disco magnético relacionado con las presentes bases, donde se incluye la cobertura y la descripción de cada unidad (marca, tipo, modelo de cada vehículo –automóviles y camiones-).

La vigencia será por tres años a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre del 2011 y hasta las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2014 incorporando al programa de aseguramiento las unidades que lleguen a solicitarse en cada flotilla durante el transcurso de la vigencia.

RIESGOS ASEGURADOS. Operarán las condiciones generales de la póliza y se deberán amparar las coberturas indicadas en los cuadros siguientes en los cuales la Compañía Aseguradora indemnizará todos y cada unos de los eventos ocurridos procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia:

SUBPARTIDA 3.1

CONDICIONES DEL SEGURO DE VEHÍCULOS PROPIEDAD DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

CONDICIONES DE LOS VEHÍCULOS PROPIEDAD DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Para la cotización de la flotilla vehicular integrada por 359 unidades a nivel nacional del Consejo de la Judicatura Federal, 196 unidades del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, 237 unidades de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se proporciona relación agregada a la carpeta de información y disco magnético relacionado con las presentes bases, donde se incluye la descripción de cada unidad (marca, tipo, modelo, números de serie, motor, placas de circulación, de cada vehículo -automóviles, motocicletas, camionetas y camiones de carga-), así como la siniestralidad de dos vigencias anteriores, con las que cuente cada órgano emitida, dicha información necesaria para la elaboración de la cotización respectiva.

La cobertura será por una vigencia de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2014 incorporando al programa de aseguramiento las unidades que se lleguen a incorporar a cada flotilla durante el transcurso de la vigencia.

RIESGOS ASEGURADOS. Operarán las condiciones generales de la póliza, sin embargo y además, deberán amparar como coberturas especiales, las siguientes indicadas en cuadros y textos, donde dichas condiciones especiales tendrán prelación sobre las generales; por lo que la aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos y procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia, por los siguientes riesgos:

COBERTURAS PARA: I.-AUTOS Y MOTOS; y II.-CAMIONES Y CAMIONETAS DE CARGA	SUMAS ASEGURADAS
Daños Materiales y Robo Total.	VALOR FACTURA para unidades nuevas hasta 12 meses, a partir de la fecha de compra. Anteriores modelos, del valor comercial mas alto de guía EBC, más un 10%
Exención de deducible por pérdida total de daños materiales o robo total.	AMPARADA
Responsabilidad civil a terceros en bienes y personas.	\$ 1'500,000.00
Responsabilidad civil cruzada del asegurado para automóviles Únicamente daños, a bienes o entre vehículos propiedad del asegurado y dentro de sus instalaciones o estacionamientos de inmuebles.	AMPARADA
Gastos médicos a ocupantes Invariablemente del tipo del vehículo.	Como límite único y combinado por ocupante de: \$ 100,000.00
Servicios de asistencia vial y defensa legal vehicular	\$ 1'500,000.00
Accidentes automovilísticos al conductor	\$ 100,000.00

SEGURO INSTITUCIONAL DE VEHÍCULOS

Pena convencional (opera después de 45 minutos de espera)	\$100.00 por minuto de retraso hasta cubrir total de deducible	AMPARADA
Daños ocasionados por la carga tipo A (Camiones y camionetas)		\$ 50,000.00
Equipo especial (Blindajes, cubiertas de batea, cajas secas, etc., según especificación adjunta) Para unidades que lo requieran. Daños Materiales, Cristales y Robo Total, bajo los mismos riesgos y condiciones de las coberturas principales de daños materiales y robo total.		AMPARADA
DEDUCIBLES: Únicos deducibles aplicables, no se aceptan Potenciones de especie.	2% Daños Materiales y de la guía EBC al momento del siniestro; Cristales: 10% del valor del cristal afectado. 15% Equipo especial; Cristales blindados 15% de la pérdida.	

PARA DAÑOS MATERIALES:

- Ciclón, huracán, granizo, terremoto, erupción volcánica, alud, derrumbe de tierra o piedras, caída o derrumbe de construcciones, edificaciones, estructuras u otros objetos, caída de aeronaves, polvos y cenizas volcánicas, inclusive caída de árboles o sus ramas e inundación natural o a causa de desbordamiento de ríos, lagos o aguas negras, tornado, vendaval, vientos tempestuosos, hundimiento de tierra y demás riesgos siempre que constituyan un hecho súbito e imprevisto.
- Desbielamiento por inundación. Procederá siempre y cuando no haya agravación del Riesgo.
- Daños en actos de personas que tomen parte en paros, huelgas, disturbios de carácter obrero, social o político, mítines, alborotos populares, eventos musicales o artísticos, motines o de personas malintencionadas durante la realización de tales actos o bien autoridades legalmente reconocidas que con motivo de sus funciones intervengan en dichos actos, inclusive vandalismo.
- Los daños o pérdidas materiales que sufra el vehículo, a consecuencia de atentados a la vida o integridad de sus ocupantes, quedarán amparados por la presente póliza.
- CRISTALES: Se cubrirá el pago o reposición, incluyendo los costos de colocación de todos los cristales incluyendo los blindados: parabrisas, laterales, aletas, medallón y/o quemacocos (techos corredizos originales de agencia o sun rof), así como las gomas y herrajes de soporte de estos, con los que el fabricante adapta originalmente al vehículo asegurado como consecuencia de rotura, deslaminado o desprendimiento de los mismos.

TIEMPO DE LLEGADA AL LUGAR DEL SINIESTRO, MÁXIMO 60 MINUTOS: En las principales ciudades de la República Mexicana y donde no tenga que ingresar el ajustador a autopista federal o de cuota (Distrito Federal y Zona Metropolitana, Guadalajara, Monterrey, Querétaro, Puebla, Morelos, Veracruz, Guanajuato, León y Mérida), en un accidente de tránsito el ajustador deberá llegar en menos de sesenta minutos, de lo contrario la Aseguradora pagará \$100.00 (Cien pesos 00/100 m.n.), por cada minuto de retraso hasta cubrir el total del deducible.

SUSCRIPCIÓN Y EMISIÓN:

- 1) **REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA:** Las sumas aseguradas de las coberturas de daños materiales, responsabilidad civil por daños a terceros, gastos médicos de ocupantes y equipo especial que se hubiesen contratado en la póliza-contrato y/o endoso que corresponda, se reinstalarán automáticamente cuando hayan sido reducidos por el pago de cualquier indemnización parcial efectuada durante la vigencia de la póliza y/o certificado.
- 2) **ALTAS Y BAJAS:** Se concede la facilidad de reportar los movimientos de altas, bajas o modificaciones, que se produzcan durante la vigencia de las pólizas, mediante reportes transmitidos vía fax, correo electrónico (digitalizado) y correspondencia (propio) al área de ventas, confirmando con posterioridad y comprobante de acuse de correo, fax o acuse de recibo (correspondencia).
- 3) **ERRORES U OMISIONES:** Cualquier inexacta, errónea o accidental omisión de declaración involuntaria sobre la descripción de los vehículos amparados, no hará cesar la responsabilidad de la aseguradora, siempre y cuando, al momento de tener conocimiento de los datos erróneos u omitidos, el asegurado los reporte a la Compañía, sin embargo si la responsabilidad es de la aseguradora tanto en la cotización inicial como adicional por endosos, no habrá ajuste de prima.
- 4) **COBERTURA AUTOMÁTICA:** Aplicará un término de treinta días naturales desde la fecha de adquisición de una unidad para solicitar el alta a la aseguradora por cualquier medio de comunicación.

PLAZO DE PAGO: En toda indemnización que corresponda al pago de la pérdida total de un vehículo, ya sea por daños materiales o robo, el pago se tramitará en un plazo máximo de cinco días hábiles, a partir de la entrega del conjunto de documentos que amparan la propiedad de la unidad y en caso de robo, deberá incluirse la copia certificada de la averiguación previa iniciada y la acreditación de propiedad respectiva.

PRELACIÓN: Las condiciones especiales antes descritas, tendrán prelación cuando se contrapongan con las condiciones generales de este ramo.

NO ADHESIÓN: Por tratarse de un contrato de seguro cuyas condiciones han sido libremente acordadas y fijadas por las partes, sin sujeción a un modelo previamente establecido, se declara expresamente que no se trata de un contrato de adhesión a los que se refiere el Artículo 36b de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por lo tanto no requiere ser registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

PAGO EN ESPECIE: Queda entendido y convenido que para la reposición en pérdidas totales podrá ser en especie si así se conviene en el ajuste de pérdidas.

AJUSTE DE PÉRDIDAS PARA UNIDADES DONADAS: La falta de factura original para el caso de unidades que hayan sido donadas, será suplida con la documentación comprobatoria de la transmisión de dominio debidamente formalizada por los funcionarios legalmente facultados para ello.

VEHÍCULOS BLINDADOS: La reparación de unidades dañadas se llevará a cabo preferentemente en los talleres que originalmente efectuaron el trabajo de instalación del blindaje o la que decida "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" de la unidad afectada.

SIN DEFECTO NI PERJUICIO DE LAS CONDICIONES ESPECIALES INDICADAS, SERÁN TOMADOS EN CUENTA LOS SIGUIENTES BENEFICIOS ADICIONALES QUE SE OFREZCAN PARA EL AMPARO DE LA FLOTILLA VEHICULAR:

TALLERES DE REPARACIÓN Para vehículos con antigüedad hasta cinco años la reparación se efectuará en agencias autorizadas y para modelos anteriores será en los talleres especializados designados por la Aseguradora.

PARA ENVÍO Y PAGO DE REMOLQUE: En caso de avería y/o accidente automovilístico que no permita la circulación autónoma del automóvil, la Compañía Aseguradora organizará y tomará a su cargo los servicios de remolque las veces que sean necesarias sin límite de eventos, incluso de una ciudad a otra, incluyendo ponchaduras de neumáticos de vehículos blindados

Los servicios de remolque, incluirán la utilización de plataformas sólo cuando el automóvil no pueda ser remolcado por grúa convencional. El servicio de remolques para camiones de carga operará una vez que se haya descargado totalmente la unidad.

Las unidades de carga destinadas para este fin transportan mobiliario y equipo de oficina, equipo electrónico y consumibles.

SUBPARTIDA 3.1.1

COBERTURAS ADICIONALES (NO APLICA)

SUBPARTIDA 3.2

**SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS
PROPIEDAD DE LOS SERVIDORES
PÚBLICOS**

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. La propuesta técnica deberá contener manifestación por escrito firmada por el representante legal, bajo protesta de decir verdad de cumplir de forma cabal con lo solicitado en las Bases, junta de aclaraciones y sus Anexos de las subpartida 3.2, firmadas por el representante legal o apoderado legal de las instituciones de Seguros participantes.
2. Opcionalmente las empresas podrán adjuntar instructivos, manuales, guía rápida, etc., y en su caso los demás aspectos que en su conjunto mejoren, especialicen y actualicen el servicio solicitado, tales como folletería, instructivos de llenado, dípticos del servicio, etc.
3. Las participantes deberán proporcionar Directorio de Servicio (Coordinadores, oficinas de servicio, red de talleres y agencias en convenio, servicios médicos y oficinas de servicio) así como para Zona Metropolitana y en las siguientes ciudades del interior de la República que a continuación se indican, así como en aquellas en las que en su futuro se requiera.

Acapulco	Agua Prieta	Aguascalientes	Boca del Río	Campeche
Cancún	Ciudad Juárez	Ciudad Obregón	Ciudad Valles	Ciudad Victoria
Celaya	Chetumal	Chihuahua	Chilpancingo	Cintalapa de Figueroa
Coatzacoalcos	Colima	Córdoba	Cuernavaca	Culiacán
Durango	Ensenada	Guadalajara	Guanajuato	Hermosillo
Iguala	La Paz	León	Los Mochis	Matamoros
Mazatlán	Mérida	Mexicali	Monclova	Monterrey
Morelia	Nogales	Nuevo Laredo	Oaxaca	Pachuca
Piedras Negras	Poza Rica	Puebla	Puente Grande	Querétaro
Reynosa	Salina Cruz	Saltillo	San Andrés Cholula	San Luis Potosí
Tampico	Tapachula	Tepic	Tijuana	Tlaxcala
Toluca	Torreón	Tuxpan	Tuxtla Gutiérrez	Uruapan
Veracruz	Villa Aldama	Villahermosa	Xalapa	Zacatecas

4. Las empresas participantes deberán presentar para la subpartida 3.2 propuesta de los siguientes formatos.
 - Multiformato para Altas, Bajas, Modificación y Coberturas, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:
 - a. DATOS GENERALES.
 - Altas, Bajas, Modificación de Datos
 - Inicio de Movimiento.
 - b. DATOS DEL SOLICITANTE
 - RFC.
 - No. de expediente.

- Teléfono.
- Póliza No.
- Clave de Adscripción.
- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
- Calle y número.
- Colonia.
- Código Postal.
- Estado.
- Delegación o Municipio.
- Ciudad o Población.

c. DATOS DE LOS VEHICULOS.

- Marca, modelo, descripción del vehículo.

5. Una muestra de cada una de las pólizas.

6. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.

a).- Uso de los Sistemas y Base de Datos:

Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las tres instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

La Institución deberá actualizar la base de datos de los Asegurados, la cual enviará por separado y de conformidad a las necesidades de cada Instancia Contratante del Poder Judicial de la Federación.

El sistema para la base de datos de la Institución deberá tener la capacidad para emitir la póliza directamente en el Módulo de Atención ubicado en cada una de las Instancias contratantes.

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución, el número de quincenas a descontar para las subpartida 3.2
- Las conciliaciones de cobranza se llevarán a cabo por cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, conjuntamente con el personal de la Institución ganadora.

c).- Servicios:

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

- La Institución deberá proporcionar un servicio de Centro de Atención Telefónica Gratuito, las 24 horas del día, los 365 días del año; asimismo deberá contar con personal especializado que conozca e informe las condiciones del Poder Judicial de la Federación y que proporcione la atención en caso de algún siniestro.
- La Institución deberá proporcionar un servicio de asignar un Ejecutivo de cuenta o un Coordinador para las tres Instancias Administrativas (SCJN, CJF, TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional.
- La institución deberá proporcionar e instalar a su costo, como mínimo un Módulo de Atención en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, uno en el Consejo de la Judicatura Federal y otro en el Tribunal Electoral, que otorguen servicios de las 9:00 a.m. a las 7:30 p.m.
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia, reportes mensuales para la subpartida 3.2 de siniestralidad, de acuerdo al siguiente formato:
 - Número de siniestro.
 - Lugar del siniestro.
 - Nombre de titular.
 - Nombre del conductor.
 - Número de expediente.
 - Adscripción.
 - Tipo de daño.
 - Deducible en su caso
 - Importe pagado sin IVA.
 - Desglose de IVA.
 - Total de pago.

7. Entrega de las Pólizas:

- La Institución entregará las pólizas, tanto en la zona metropolitana como en el Interior de la República, en un plazo máximo de 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar por cada instancia Administrativa, clasificadas por adscripción y alfabéticamente.

Las pólizas correspondientes a la Corte y al Tribunal se deberán entregar en su totalidad en la DGRH y en la CRHyEA.

En el caso de las pólizas del Consejo correspondientes en la zona metropolitana se entregarán en la DGSP y para el interior de la República, la Institución deberá enviar directamente a las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la Dirección General de Servicios al Personal del Consejo de la Judicatura Federal. Las Administraciones y Delegaciones se encuentran ubicadas en las ciudades descritas en el punto 3 del presente anexo técnico.

La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas.

Informar, en su caso, la denominación o lista de Instituciones Reaseguradoras que apoyarán la oferta.

SUBPARTIDA 3.2

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS PROPIEDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

El servicio materia de esta contratación, es el Seguro Voluntario de Automóviles que se refiere al aseguramiento para cubrir los riesgos que se pudiera presentar en los vehículos particulares, propiedad de los servidores públicos de “El Poder Judicial de la Federación”

Para la cotización de la flotilla vehicular integrada por 4,135 unidades de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 24,379 unidades del Consejo de la Judicatura Federal, y 1,801 unidades del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, se proporciona relación agregada a la carpeta de información en disco magnético relacionado con las presentes bases, donde se incluye la cobertura y la descripción de cada unidad (marca, tipo, modelo de cada vehículo –automóviles y camiones-).

La vigencia será por tres años a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 y hasta las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2014 incorporando al programa de aseguramiento las unidades que lleguen a solicitarse en cada flotilla por cada servidor público durante el transcurso de la vigencia.

RIESGOS ASEGURADOS. Operarán las condiciones generales de la póliza y se deberán amparar las coberturas indicadas en los cuadros siguientes en los cuales la Compañía Aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia:

SUBPARTIDA 3.2

**CONDICIONES DEL SEGURO DE
VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS PROPIEDAD
DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

I. COBERTURAS

COBERTURAS	DEDUCIBLE Y SUMA ASEGURADA	OBSERVACIONES
Daños Materiales	5% Suma Asegurada. <ul style="list-style-type: none"> • Valor Factura, los autos y pick ups hasta 365 días transcurridos desde su compra, de acuerdo a factura o carta factura. • Valor Comercial, el valor de venta más alto del vehículo publicado en la guía EBC al momento del siniestro más el 10%. 	Este se reduce un punto porcentual si el vehículo se encuentra grabado con proveedor de Aseguradora (4%).
Robo Total	6% Suma Asegurada. <ul style="list-style-type: none"> • Valor Factura, los autos y pick ups hasta 365 días transcurridos desde su compra, de acuerdo a factura o carta factura. • Valor Comercial, el valor de venta más alto del vehículo publicado en la guía EBC al momento del siniestro más el 10%. 	Si el vehículo se encuentra grabado con proveedor de Aseguradora el deducible se elimina (0%).
Perdida total por Daños Materiales	0% Suma Asegurada. <ul style="list-style-type: none"> • Valor Factura, los autos y pick ups hasta 365 días transcurridos desde su compra, de acuerdo a factura o carta factura. • Valor Comercial, el valor de venta más alto del vehículo publicado en la guía EBC al momento del siniestro más el 10%. 	Se elimina el deducible por pérdida total en la cobertura de daños materiales.
Cristales	10% Sobre el valor total del cristal.	
RC Personas	Suma Asegurada \$1,500,000.00 M.N.	
RC Bienes	Suma Asegurada \$1,500,000.00 M.N.	
RC Daños a ocupantes	Suma Asegurada \$250,000.00 M.N.	
Gastos Médicos a ocupantes	Suma Asegurada \$250,000.00 M.N., (Límite Único Combinado)	Incluidos gastos funerarios en su caso.
Gastos de transporte por Perdida Total por Daños Materiales o Robo Total	Suma Asegurada máxima \$ 16,200.00	Aplica según condiciones
Gastos Legales	Amparada	
Extensión de cobertura	Amparada	Comprende responsabilidad civil cruzada y responsabilidad civil por daños a terceros
Asistencia Vial	Amparada	
Muerte del conductor por Accidente	Suma Asegurada \$50,000.00 M.N.	

CLÁUSULA I. OBJETO

El seguro voluntario de automóviles propiedad de los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación), para la vigencia de las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2011 y hasta a las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2014

CLÁUSULA II. GENERALIDADES

El Poder Judicial de la Federación, y LA ASEGURADORA convendrán las coberturas y las sumas aseguradas básicas que aparecen especificadas en la carátula de cada póliza individual que se contrate, con conocimiento de que cada servidor público podrá elegir el paquete de cobertura a añadir, si así se desea, una o varias de las coberturas accesorias.

Las tarifas de primas vehiculares que se presenten por la Compañía Aseguradora al Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial) para los automotores de 1995 a 2011 serán firmes durante el período de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 y hasta las 12:00 horas al 31 de diciembre de 2014 (en caso de contratación multianual, se deberá de considerar la depreciación y actualización del costo de la prima para los siguientes ejercicios) y sólo podrán incorporar los costos de prima de nuevas marcas, carrocerías y modelos en el mercado mexicano.

Para todos aquellos vehículos automotores modelos 1997 y anteriores, se podrá solicitar la emisión de póliza únicamente para coberturas limitada y de responsabilidad civil, cubriendo primas proporcionales, sobre las tarifas señaladas en el párrafo anterior.

Todos aquellos vehículos importados legalmente al país que en el pedimento de importación tengan el sello que señale "Desaduanamiento Libre" solo se podrá otorgar la cobertura limitada o de responsabilidad civil. La suma asegurada que ampare el vehículo será a valor convenido y el mismo corresponderá al valor declarado en el pedimento de importación.

Para los efectos del presente contrato el concepto de vehículo comprende a la unidad automotriz con las partes que como equipo de serie produce originalmente el fabricante, para cada tipo específico y modelo que se presenta al mercado. Toda unidad será debidamente identificada en la carátula de póliza individual con los datos de marca, carrocería, modelo, número de serie y número de motor.

Este seguro comprenderá únicamente autos o pick-up (hasta 3.5 tons) de uso y servicio particular, por lo que quedan excluidos del aseguramiento los vehículos de tipo comercial y de uso mercantil.

Asimismo, quedan amparados los vehículos fronterizos e importados legalmente. La suma asegurada, corresponderá al valor de mayoreo (wholesale), del Kelley Blue Book, Auto Market Report publicado por Kelley Blue Book Co., de California, USA. Para el resto de los estados fronterizos, se aplicará el valor de mayoreo de la guía NADA (Official Older Used Car Guide), correspondiente a la región, y vigente a la fecha del siniestro.

Para cualquier otra parte, accesorio, rótulo, conversión o adaptación opcional instalada adicionalmente y a petición expresa del propietario, se requerirá de una cobertura específica,

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

para lo cual el asegurado deberá presentar la factura original o avalúo reciente que indique la adición o modificación de las partes en el vehículo.

Los riesgos que se amparan bajo esta póliza, se definen en la especificación de coberturas, quedando sujetas a los límites máximos de responsabilidad que en ellas se menciona.

Ciertas coberturas se contratan con la aplicación invariable en cada siniestro de una cantidad a cargo del asegurado, denominado deducible.

CLÁUSULA III. ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS

1. Daños Materiales.

Los daños o pérdidas materiales que sufra el vehículo a consecuencia de los siguientes riesgos:

- a) Colisiones y vuelcos.
- b) Incendio, rayo y explosión.
- c) Ciclón, huracán, granizo, terremoto, erupción volcánica, alud, derrumbe de tierra o piedras, caída o derrumbe de construcciones, edificaciones, estructuras u otros objetos, caída de árboles o sus ramas, inundación, tornado, vendaval y hundimiento de tierra.
- d) Desbielamiento por inundación.
- e) Daños en actos de personas que tomen parte en paros, huelgas, disturbios de carácter obrero, mítines, alborotos populares o motines, ocasionados durante su realización o por las medidas de represión tomadas por las autoridades, legalmente reconocidas con motivo de sus funciones, que intervengan en dichos actos o vandalismo.
- f) Transportación. Varadura, hundimiento, incendio, explosión, colisión o vuelco, descarrilamiento o caída del medio de transporte en que el vehículo sea conducido; caída del vehículo durante las maniobras de carga, transbordo o descarga, así como la contribución por avería gruesa, o por cargos de salvamento.
- g) Queda entendido que los daños o pérdidas materiales que sufra el vehículo, a consecuencia de los riesgos arriba mencionados, quedarán amparados aún en el caso que se produzcan cuando dicho vehículo haya sido objeto de hechos que constituyan el delito de abuso de confianza. EXCEPTO CUANDO DICHO DELITO SEA COMETIDO POR FAMILIARES DEL ASEGURADO, SEA COMETIDO POR LAS PERSONAS QUE APARECEN COMO TITULARES EN LA CARATULA DE LA POLIZA
- h) Queda entendido que los daños o pérdidas materiales que sufra el vehículo, a consecuencia de atentados a la vida o integridad de sus ocupantes, quedaran amparados por la presente póliza.

El monto del deducible por la cobertura de daños materiales es el porcentaje estipulado en la carátula de la póliza y/o de sus endosos de acuerdo a lo señalado en la cláusula VI. Límite de responsabilidad, 1 Sumas Aseguradas, tanto para automóviles como para pick-ups.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Cuando derivado de un siniestro que afecte la cobertura de Daños Materiales y amerite indemnización, el deducible establecido en la carátula de la póliza y/o endosos para esta cobertura se triplicará si se demuestra que el conductor del vehículo asegurado se encontraba en estado de ebriedad al momento del siniestro. El estado de ebriedad se considera de conformidad a los límites establecidos por el reglamento de tránsito del D.F. que estipula que no se debe conducir con una cantidad mayor de alcohol en la sangre superior 0.8 gramos por litro y por el reglamento de tránsito de las entidades federativas.

Se tendrá por determinado el estado de ebriedad del conductor del vehículo asegurado de la siguiente forma:

Mediante el dictamen de médico legista en caso de haberse iniciado una averiguación previa.

Si no se dio intervención a autoridad competente, el estado de ebriedad se acreditará mediante examen clínico particular, mismo que el conductor del vehículo asegurado se obliga a realizarse al momento del siniestro a solicitud del ajustador quien se encargará de su traslado al laboratorio o centro médico confiable más cercano, corriendo el gasto de dicho examen a cargo de la Aseguradora.

En caso de que el conductor del vehículo asegurado se negara a practicarse el examen clínico particular que refiere el apartado anterior, el asegurado se obliga a cubrir el triple del deducible pactado en la carátula de la póliza y/o endosos para esta cobertura, sin necesidad de que se acredite el estado de ebriedad del conductor del vehículo asegurado.

Aquel conductor que tenga más de un siniestro en donde se declare que el siniestro se produce por conducir en estado de ebriedad, se le cancelará su póliza, previo aviso al área correspondiente.

En las principales ciudades del país,; Monterrey, Guadalajara, Querétaro, Distrito Federal y Zona Metropolitana, Puebla, Chihuahua, Tuxtla, Mérida, Cuernavaca, Oaxaca, Toluca, Durango, León, Xalapa, Tijuana, Guanajuato, San Luis Potosí, Villahermosa, Veracruz, Morelia, Mazatlán, Ciudad Victoria y Torreón en un accidente de tránsito el ajustador deberá llegar en un máximo de 45 minutos o menos a partir de que se haya reportado el siniestro a cabina, de lo contrario la Compañía Aseguradora restará \$100.00 MN por cada minuto de retraso hasta cubrir el importe total del deducible, en caso de que el asegurado deba pagar el deducible.

Para las unidades grabadas por el proveedor de la Aseguradora y que cuenten con la copia del certificado de grabación que el proveedor emite, se estipula la reducción al 4% en el deducible contratado para la cobertura de daños materiales.

1. Bis Exención de deducible de Daños Materiales por Pérdida Total.

En caso de haber sido contratada la cobertura de Daños Materiales, y ocurra un siniestro que afecte alguno de los riesgos amparados por esta cobertura, y el vehículo sea declarado por la Compañía como Pérdida Total, la Compañía exentará al Asegurado del pago del deducible

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

contratado, devolviendo a prorrata las primas no devengadas de las coberturas no afectadas, siempre y cuando haya un tercero responsable en crucero que se haga cargo del pago del daño del vehículo asegurado, o bien, no se cobrará deducible y/o se reembolsara cuando éste haya sido pagado por el asegurado cuando exista dictamen de causalidad, emitido por la Procuraduría de Justicia del Fuero Común o Federal, según corresponda, en el que se determine la responsabilidad de un tercero causante del daño y, en consecuencia, se exima de culpa al asegurado titular y/o conductor del vehículo.

En caso de que el conductor del vehículo al momento del siniestro se encuentre en estado de ebriedad de conformidad con lo estipulado en la Cláusula III punto 1 Daños materiales, solo se exentará uno de los 3 deducibles que debe pagar.

2. Bis Daños al interior del vehículo por intento de robo.

Quedan amparados los daños a consecuencia de robo parcial con violencia, consumado o no, de partes, accesorios o equipo especial instalado en el interior del mismo con deducible del 10% del valor de la reparación. La Compañía Aseguradora indemnizará por este riesgo, exclusivamente cuando el asegurado presente acta levantada ante las autoridades competentes y las partes, accesorios o equipo especial se encuentren asegurados conforme a las condiciones de la presente póliza.

2. Robo total.

Ampara el robo total del vehículo y las pérdidas o daños materiales que sufra a consecuencia de su robo total.

En adición, cuando no se contrate la cobertura de daños materiales quedarán amparados los daños ocasionados por los riesgos que se mencionan en los incisos b, c, d, e, f y g referidos en el punto 1 de esta cláusula.

La protección de esta cobertura operará aún cuando los hechos que den lugar al siniestro constituyan el delito de abuso de confianza.

EXCEPTO CUANDO DICHO DELITO SEA COMETIDO POR FAMILIARES DEL ASEGURADO, SEA COMETIDO POR LAS PERSONAS QUE APARECEN COMO TITULARES EN LA CARATULA DE LA POLIZA, O QUE LA COMPRA DEL VEHICULO TENGA SU ORIGEN O SEA CONSECUENCIA DEL DELITO DE FRAUDE.

1. El monto del deducible por la cobertura de robo total es el porcentaje estipulado en la carátula de la póliza y/o de sus endosos de acuerdo a lo señalado en la cláusula IV, Límite de Responsabilidad, 1 Sumas Aseguradas. En esta cobertura en caso que haya recuperación del vehículo después de perpetrado el robo, solamente se aplicará el deducible cuando la Compañía Aseguradora realice algún pago por pérdidas o daños sufridos al vehículo asegurado. De la pérdida total solo en los casos en que el vehículo se decreta pérdida total. En los casos en que se recupere y solamente presente daños materiales se aplicará el deducible de Daños Materiales.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Para las unidades grabadas por el proveedor de la Aseguradora y que cuenten con la copia del certificado de grabación que el proveedor emite, se estipula la reducción del deducible del 100% en el deducible contratado para la cobertura de robo total, cuando el vehículo sea indemnizado como pérdida total a consecuencia del robo total de la unidad.

Si el vehículo es recuperado y cuenta con el sistema de grabado y se determina pérdida total o en su caso es susceptible de reparación a consecuencia de los daños materiales que este presentara, también se reducirá el deducible al 100%.

Exclusiones de la cobertura de robo total

1.- El robo parcial cuando no sea consecuencia del robo total, entendiéndose por tal, el robo de partes o accesorios del vehículo asegurado.

2.- Que el robo sea cometido por alguna de las personas que aparecen como Asegurados en la carátula de la póliza.

3.- Cuando el robo sea cometido por:

3.1.- Personas que sean familiares del asegurado o dependan económicamente del mismo.

3.2.- Cuando el robo tenga su origen o sea consecuencia del delito de Fraude.

3. Responsabilidad civil por daños a terceros.

Esta cobertura ampara la responsabilidad civil en que incurra el asegurado o cualquier persona que en su consentimiento expreso o tácito use el vehículo y que a consecuencia de dicho uso cause daños materiales en sus bienes y/o cause lesiones corporales o la muerte a terceros, incluyendo la indemnización por daño moral que en su caso legalmente corresponda.

La suma asegurada máxima con que participa la Compañía Aseguradora en esta cobertura, tanto para coches como para pick up de uso particular es de \$1,500.000.00 MN para la Responsabilidad Civil de Personas, una cantidad igual para la Responsabilidad Civil de Bienes.

En adición y hasta por una cantidad igual al límite máximo de responsabilidad de esta cobertura se extiende a cubrir los gastos y costos a que fuere condenado el asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo, en caso de juicio civil seguido en su contra con motivo de su responsabilidad civil.

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

3.1 Extensión de Cobertura

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

La Compañía se compromete a extender la cobertura de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros, Gastos Legales, Gastos Médicos y Asistencia Vial, al primer Titular de la póliza contratada.

Responsabilidad Civil y Gastos Legales.

La Compañía se compromete a extender la cobertura de Responsabilidad Civil por daños a terceros y Gastos Legales, al Conductor Habitual; descrito en la carátula de la póliza contratada, cuando él mismo conduzca un vehículo distinto al asegurado, siempre que tenga las mismas características de uso del vehículo asegurado, mismas que se estipulan en la carátula de la póliza y que a consecuencia de su utilización cause lesiones corporales o la muerte a terceros y/o daños materiales a terceros en sus bienes o personas.

Para el caso de que las características del vehículo asegurado correspondan a las de un Automóvil, las coberturas se extienden a cubrir a otro Automóvil y a una Pick-up de uso personal y en ningún caso, dentro de este rubro, la cobertura se extenderá a una Pick up de uso carga o Camión de hasta 3 ½ ton.

En caso de que el vehículo asegurado sea una Pick-up uso personal, las coberturas se extienden a cubrir a una Pick-up uso personal y un Automóvil y en ningún caso, dentro de este rubro, la cobertura se extenderá a una Pick up de uso carga o Camión de hasta 3 ½ ton.

Suma Asegurada.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía en esta cobertura, se establece en la carátula de la póliza bajo el rubro de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros y opera como suma asegurada única, para los distintos riesgos amparados por dicho rubro.

Exclusiones particulares de la Extensión de Responsabilidad Civil y Gastos Legales.

Esta extensión de cobertura en ningún caso ampara:

1. Los daños materiales causados al vehículo que conduzca el primer titular de la póliza persona física, aun cuando el vehículo no sea de su propiedad.
2. Las lesiones, gastos médicos, muerte, gastos de funeral o cualesquiera otros gastos erogados por la atención de los ocupantes del vehículo conducido por el primer titular de la póliza persona física.

Gastos Médicos al Titular

La Compañía se compromete a extender la cobertura de Gastos Médicos Ocupantes al conductor habitual, descrito en la carátula de la póliza contratada, cuando este se traslade en un vehículo distinto al asegurado, siempre que sea del mismo uso del vehículo asegurado que se estipula en la carátula de la póliza y que a consecuencia de un accidente de tránsito, sufra lesiones corporales siempre y cuando se encuentren dentro del compartimiento, caseta o cabina destinados al transporte de personas.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Adicionalmente, queda cubierto el pago de los Gastos Médicos Ocupantes por un máximo de 1,000 Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal, exclusivamente para el conductor habitual descrito en la póliza, por las lesiones corporales que sufra a consecuencia de atropello de un vehículo motorizado, en la vía pública.

Suma Asegurada.

El límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora en esta cobertura, se establece en la carátula de la póliza bajo el rubro de Gastos Médicos Ocupantes opera como suma asegurada única, para los distintos riesgos amparados por dicho rubro.

Exclusiones particulares de la Extensión de Gastos Médicos.

Esta Extensión de cobertura no opera cuando:

- 1.- Cuando el Asegurado se encuentre conduciendo un automóvil de renta diaria, cuando conduzca un camión mayor a 3.5 toneladas, un autobús o algún otro vehículo de transporte público de pasajeros o carga diferente a un automóvil de uso particular o privado.
- 2.- En caso de que el atropello se efectúe por personas que dependan civilmente del Asegurado y dentro de los predios de este último.
- 3.- Nunca será substitutiva ni concurrente a cualquier otro seguro contra los mismos riesgos, ya que operará en exceso de lo amparado por éste o por su inexistencia.

Esta cobertura queda sujeta a los términos establecidos en el Clausulado General de la póliza, con la excepción de las exclusiones señaladas en el mismo.

Extensión de Asistencia Vial al Titular.

La Aseguradora se compromete a extender la cobertura Asistencia Vial en Km. "0" y en Asistencia en Viaje, solo al Titular de la póliza del Seguro de Automóvil, cuando este conduzca cualquier vehículo, distinto al asegurado, siempre que tenga las mismas características, uso y servicio; los cuales se estipulan en la carátula de la póliza.

Los anteriores beneficios se sujetarán a las condiciones, términos y exclusiones particulares de la Asistencia Vial

3.2 Responsabilidad Civil Cruzada

La Compañía ampara mediante esta cobertura la Responsabilidad Civil en que incurra el Asegurado en sus personas y/o en sus bienes, por daños materiales incluyendo sus propios vehículos o bienes que sean de su propiedad

La suma asegurada máxima con que participa la Compañía Aseguradora en esta cobertura es de \$ 1,500.000.00 M.N.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

3.3 Responsabilidad Civil por Daños a Ocupantes.

Esta cobertura ampara los Gastos Legales y la Responsabilidad Civil en que incurra el Asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo y que a consecuencia de dicho uso cause lesiones corporales o la muerte a terceros ocupantes del vehículo asegurado.

Suma Asegurada.

El límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora para la cobertura de responsabilidad civil por daños a ocupantes es de \$250,000 MN y opera como suma asegurada única, indemnizando en forma proporcional en base a los ocupantes demandantes.

Deducible.

Esta cobertura opera sin la aplicación de un deducible.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Exclusiones Particulares

La responsabilidad civil por daños a terceros cuando se trate de:

- a) Ocupantes del vehículo asegurado, a menos que se haya contratado la cobertura específica.
- b) El cónyuge o personas que tengan parentesco en línea recta ascendente o descendente o línea transversal hasta el primer grado con el Asegurado o conductor del vehículo Asegurado.
- c) Empleados o personas que estén al servicio del Asegurado al momento del siniestro para vehículos tipo comercial cuyo uso es de carga, tales como: pick-up y camiones hasta 3 ½ ton.

4. Gastos Médicos a Ocupantes.

Gastos médicos por concepto de hospitalización, medicinas, atención médica, enfermeros, servicios de ambulancia y gastos funerarios originados por lesiones corporales que sufra el asegurado o cualquier persona ocupante del vehículo, en accidentes de tránsito ocurridos mientras se encuentren dentro del compartimiento, caseta o cabina destinados al transporte de personas, aún cuando rebasen el número de ocupantes autorizados.

La suma asegurada en esta cobertura es de \$250,000.00 MN (L.U.C) para automóviles y \$150,000.00 MN para pick ups de uso y servicio particular.

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

Los conceptos de gastos médicos a ocupantes cubiertos por la póliza, amparan lo siguiente:

- a) Alimentos y cuarto en el hospital, fisioterapia, gastos inherentes a la hospitalización y en general, drogas y medicinas que sean prescritas por un médico legalmente autorizado.
- b) Los servicios médicos, cirujanos, osteópatas o fisioterapeutas y demás personal médico necesario legalmente autorizado para ejercer sus profesiones.
- c) Los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales y aparatos artificiales ortopédicos que se requieran como consecuencia de accidente, serán cubiertos por la Compañía Aseguradora. Los aparatos antes indicados que formen parte integrante del cuerpo del asegurado u ocupante y sufran deterioro al momento del accidente, quedarán incluidos en los límites especificados.
- d) Los honorarios de enfermeras, que bajo prescripción del médico tratante, sea necesario para la convalecencia domiciliaria, con límite máximo de 90 turnos de 8 horas.
- e) Los gastos erogados por servicio de ambulancia y paramédicos cuando sea indispensable.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

- f) Los gastos funerarios por persona se consideran hasta por un máximo del 50% del límite de responsabilidad de la cobertura de gastos médicos a ocupantes y la Aseguradora deberá asignar a un agente autorizado para el pago y demás gestiones necesarias en la atención del servicio. En caso de que al momento de ocurrir el accidente el número de ocupantes exceda el máximo de personas autorizadas, conforme a la capacidad del vehículo, el límite de responsabilidad por persona se reducirá en forma proporcional. El límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora en la cobertura de gastos médicos a ocupantes opera como suma asegurada única para los diversos riesgos que se mencionan en los incisos a, b, c, d y e.

Los conceptos de gastos médicos a ocupantes cubiertos por la póliza serán pagados directamente por la Compañía cuando se utilicen los proveedores médicos, hospitales, clínicas, médicos y demás proveedores con los que la Aseguradora tenga convenio. Si el paciente opta por atenderse con otro Médico y en Hospital que no sea el asignado por la Aseguradora, queda entendido que se aplicará el procedimiento y políticas de Reembolso del Seguros de Gastos Médicos Mayores, apegándose a los tabuladores médicos y Hospitales establecidos por la Aseguradora.

En caso de Reembolso será necesario que el Asegurado presente a la Aseguradora, debidamente requisitado, el Formato de Reembolso de Gastos Médicos que la misma Aseguradora le proporcione, acreditando con los comprobantes fiscales y estudios médicos respectivos los gastos efectuados por los conceptos citados anteriormente, mismos que se entenderán como los únicos amparados por esta cobertura.

5. Muerte del Conductor por Accidente Automovilístico.

Se entenderá por accidente Automovilístico del Conductor, todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Conductor del vehículo, mientras se encuentre conduciendo el vehículo asegurado.

Para los efectos de esta cobertura, quedará amparado el Conductor que con el consentimiento expreso o tácito del Asegurado use el vehículo amparado y hasta por el límite que en la carátula de la póliza se indica, siempre y cuando fallezca al momento del accidente o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, a consecuencia de las lesiones sufridas en el accidente.

Límite Máximo de Responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía en esta cobertura es de \$50,000.00 MN misma que se especifica en la carátula de la póliza.

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

Límite de Edad

Esta cobertura opera a partir de los 16 años de edad en adelante del Conductor y cuente con permiso o licencia del tipo apropiado para conducir el vehículo asegurado, expedida por autoridad competente, de acuerdo a la vía de comunicación que se esté utilizando al momento de producirse el accidente automovilístico; a menos que la falta de dicha licencia o permiso, no implique culpa, impericia o negligencia graves del Conductor en la realización del siniestro.

Beneficiarios

El importe del Seguro por pérdida de la vida del Conductor en un accidente se cubrirá a los beneficiarios que legalmente determinen las autoridades competentes.

Exclusiones particulares.

No se considerarán accidentes automovilísticos del Conductor las lesiones o la muerte provocadas intencionalmente.

6. Equipo especial.

Se considera equipo especial cualquier parte, accesorio opcional o rótulo, instalado al vehículo, en adición a las partes o accesorios con los que el fabricante adapta originalmente a cada modelo y tipo específico que presenta al mercado.

Los riesgos amparados por esta cobertura se dividen en las secciones:

- a) Los daños materiales que sufra el equipo especial instalado en el vehículo, a consecuencia de los riesgos descritos en la cobertura de daños materiales.
- b) El robo, daño o pérdida del equipo especial, a consecuencia del robo total del vehículo y de los daños o pérdidas materiales amparados en la cobertura de robo total.

Esta cobertura se contrata con la aplicación invariable en cada siniestro, del deducible estipulado en la carátula de la póliza y/o de sus endosos, sobre el monto de la suma asegurada de los bienes que resulten afectados en el siniestro. La copia de la factura original o avalúo del equipo deberá presentarse para el aseguramiento. La descripción de los bienes asegurados, se deberá asentar mediante anexo a la póliza y en ningún caso, las indemnizaciones excederán a la suma asegurada y/o valor real de los bienes a la fecha del siniestro.

Para las unidades grabadas por el proveedor de la Aseguradora y que cuenten con la copia del certificado de grabación que nuestro proveedor emite, aplicará la reducción del 100% en el deducible contratado para la cobertura de robo total.

7. Adaptaciones y Conversiones.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Tratándose de automóviles y pick ups, se considera adaptación o conversión toda modificación y/o adición en carrocería, estructura, recubrimientos, mecanismos y/o aparatos que requiera para el funcionamiento para el cual fue diseñado.

Los bienes amparados por esta cobertura se dividen en las siguientes secciones:

- a) Los daños materiales que sufran las adaptaciones y conversiones instaladas en el vehículo a consecuencia de los riesgos descritos en la cobertura de daños materiales.
- b) El robo, daños o pérdidas de las adaptaciones y conversiones, a consecuencia del robo total del vehículo y de los daños o pérdidas materiales amparados en la cobertura de robo total

Esta cobertura se contrata con la aplicación invariable en cada siniestro de un deducible que aparece en la carátula de la póliza por daños materiales y robo total.

La copia de la factura original o avalúo, la descripción de los bienes asegurados y la suma asegurada por cada uno de ellos, se deberá asentar mediante anexo a esta póliza y en ningún caso, las indemnizaciones excederán a la suma asegurada y/o valor real de los bienes a la fecha del siniestro.

Para las unidades grabadas por el proveedor de la Compañía Aseguradora y que cuenten con la copia del certificado de grabación que nuestro proveedor emite, aplicará la reducción del 100% en el deducible contratado para la cobertura de robo total.

8. Gastos de Transporte por pérdida total del vehículo asegurado por Daños Materiales o Robo Total.

Alcance.

Cuando el Asegurado se vea imposibilitado de usar su vehículo a consecuencia de pérdida total por Daños Materiales o Robo Total, la Aseguradora pagará al Asegurado la cantidad de \$600.00 MN por día natural, con un máximo de 27 días naturales, teniendo como suma asegurada máxima la cantidad de \$16,200.00 MN, misma que se establece en la carátula de la póliza.

Esta cobertura inicia 72 horas después de que el vehículo es ingresado al taller asignado por parte de la Aseguradora tratándose de la cobertura de Daños Materiales, o 72 horas después de la fecha en que el robo se haya reportado a la Aseguradora y a las autoridades judiciales competentes, el cálculo para determinar esta indemnización concluye en el momento en que se haga del conocimiento del Asegurado por escrito y mediante la carta de pérdida total ya sea por daños materiales o robo total.

En caso de no poder localizar al asegurado, se entregará el aviso al área que administra la póliza en la Instancia del Poder Judicial de la Federación a la que pertenece el funcionario y

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

la fecha marcada por el sello correspondiente determinará la conclusión del cálculo, (considerándose éste para pago) (número de días) para el pago de esta cobertura.

Este pago se hará contra la entrega de la documentación que acredite la propiedad del vehículo.

Límite Máximo de Responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía en esta cobertura es de 27 días naturales equivalente a la cantidad de \$16,200.00 MN, mismo que se especifica en la carátula de la póliza.

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

Exclusiones.

1. Esta cobertura no opera en caso de pérdida parcial.
2. Esta cobertura no opera en caso de daños materiales parciales.
3. En caso de que el vehículo robado sea recuperado, no se indemnizará al Asegurado monto alguno por esta cobertura.

9. Cobertura de 75 DSMGVDF.

La Aseguradora se compromete a cubrir el pago por concepto de pensión, arrastre de Grúas, maniobras e infracciones derivadas de un accidente automovilístico y/o robo total de vehículo localizado hasta por la cantidad de 75 DSMGVDF.

10. Cristales

Cuando se haya contratado la cobertura de daños materiales, se cubrirá, el pago o reposición, incluyendo los costos de colocación de todos los cristales: parabrisas, laterales, aletas, medallón y/o quemacocos (techos corredizos, sun roof), así como las gomas y herrajes de soporte de estos, con los que el fabricante adapta originalmente al vehículo asegurado como consecuencia de rotura o desprendimiento de los mismos.

En reclamaciones por roturas o desprendimiento de cristales, únicamente quedará a cargo del asegurado, el monto que corresponda al porcentaje de deducible estipulado en la carátula de la póliza sobre el valor del o los cristales afectados.

Exclusiones particulares de la cobertura de cristales

Esta cobertura en ningún caso cubre:

- a) Espejos laterales, calaveras y faros.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

- b) Cristales y quemacocos no instalados originalmente por el fabricante del vehículo, a menos que estén declarados en las coberturas de adaptaciones y/o conversiones y equipo especial.

CLÁUSULA IV. RIESGOS NO AMPARADOS POR EL CONTRATO

1. Los daños que sufra o cause el vehículo a consecuencia de:
 - a) Destinarlo a un uso o servicio diferente al indicado en esta póliza que implique una agravación del riesgo.
 - b) Utilizarlo para fines de enseñanza o de instrucciones de su manejo o funcionamiento.
 - c) Participar directa o indirectamente con el vehículo, en carreras o pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.
2. La responsabilidad civil del asegurado por daños a terceros en sus bienes o personas, causados con la carga que transporta el vehículo, siendo esta carga de cualquier característica.
3. Los vehículos de procedencia extranjera que no se encuentren total y completamente legalizados conforme a las disposiciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
4. Las conversiones de combustión en los vehículos automotores a gas, que no estén debidamente autorizadas por SECOFI, IMP, SEDESOL, dependencias gubernamentales involucradas y fabricantes del vehículo.
5. El daño que sufra o cause el vehículo, cuando este sea conducido por persona que carezca de licencia para conducir el vehículo, expedida por autoridad competente. Los permisos para conducir, para los efectos de esta póliza se considerarán como licencias.
6. Las pérdidas o daños que sufra o cause el vehículo, como consecuencia de operaciones bélicas, ya fueren provenientes de guerra extranjera o guerra civil, insurrección, subversión, rebelión, expropiación, requisición, confiscación, embargo, incautación o detención por parte de las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones que intervengan en dichos actos. Tampoco ampara pérdidas o daños que sufra o cause el vehículo cuando sea usado para cualquier servicio militar, con o sin consentimiento del asegurado.
7. Cualquier perjuicio, gasto, pérdida o daño indirecto que sufra el asegurado, comprendiendo la privación del uso del vehículo.
8. La rotura, descompostura mecánica, defecto de fabricación o la falta de resistencia de cualquier pieza del vehículo como consecuencia de su uso, a menos que fueren causados por algunos de los riesgos amparados.
9. Las pérdidas o daños debidos a desgaste natural del vehículo o de sus partes, la depreciación que sufra su valor, así como los daños materiales que sufra el vehículo y que

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

sean ocasionados por su propia carga, a menos que fueren causados por algunos de los riesgos amparados.

10. Las pérdidas o daños causados por la acción normal de la marea.
11. Los daños que sufra o cause el vehículo por sobrecargarlo o someterlo a tracción excesiva con relación a su resistencia o capacidad. En estos casos la Aseguradora tampoco será responsable por daños causados a viaductos, puentes, básculas o cualquier vía pública y objetos o instalaciones subterráneas, ya sea por vibración o por peso del vehículo o de su carga. Así como tampoco estarán amparadas las pérdidas y/o daños por cualquier modificación en la estructura original del vehículo en lo que a suspensión y tren motriz se refiere, con el propósito de aumentar la capacidad de carga. Esta exclusión opera sin importar quien haya realizado las modificaciones.
12. La responsabilidad civil del asegurado por daños materiales a:
 - a) Bienes que se encuentran bajo su custodia o responsabilidad.
 - b) Bienes que sean propiedad de personas que dependan civilmente del asegurado.
 - c) Bienes que sean propiedad de empleados, agentes o representantes del asegurado, mientras se encuentren dentro de los predios de este último.
 - d) Bienes que se encuentren en el vehículo asegurado.
13. La responsabilidad civil por daños a terceros en sus personas cuando dependan civilmente del asegurado o cuando estén a su servicio en el momento del siniestro o bien, cuando sean ocupantes del vehículo.
14. Las pérdidas o daños causados a las partes bajas del vehículo al transitar fuera de caminos o cuando éstos se encuentren en condiciones intransitables.
15. Las prestaciones que deba solventar el asegurado así como los procedimientos legales que se inicien por accidentes que sufran las personas ocupantes del vehículo de los que resulten obligaciones en materia de responsabilidad civil, penal, laboral o de cualquier otra índole.

CLÁUSULA V. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO

1. Prima.

La prima vence en el momento de la celebración del contrato (Art. 34, 40 y 41 Ley Sobre Contrato de Seguro). Los efectos jurídicos del aseguramiento se producen a partir del momento en que se aceptan los derechos y obligaciones pactadas con relación al objeto, cosa, precio y demás términos del mismo, sin importar que la aseguradora haya hecho o no, entrega de la póliza correspondiente ni que éste haya cubierto a aquélla el importe de la prima.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

La prima a pagar corresponderá a los días de seguro solicitados. Para el pago de primas se deben contemplar las opciones de pago:

- Pago de contado en una sola exhibición,
- Pago fraccionado aplicado por retención quincenal en nómina, a lo largo de la vigencia de la póliza, y será obligación de la Aseguradora remitir a cada instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación con forme a su calendario de nómina, el lay out correspondiente, señalando que en caso de que exista omisión por parte de la Aseguradora para el descuento por nómina a un servidor público, durante dos o más quincenas posteriores a la fecha de alta de un vehículo, la compañía de seguros no podrá aplicar un descuento retroactivo al servidor público por éste vehículo, mismo que tendrá que absorber la parte correspondiente a las quincenas en las que fue omitida y podrá reportar el descuento calculando la prima de seguro a partir de la fecha de la quincena en que se detecta la omisión señalando que la Aseguradora tendrá obligación de brindar todas las coberturas de la póliza en la modalidad contratada (amplia, limitada o responsabilidad civil).
- Pago de contado de saldo deudor en cualquier momento.

En cada siniestro que implique pérdida total, la Aseguradora deducirá de la indemnización debida al asegurado contratante, el total de la prima pendiente de pago del riesgo afectado o las fracciones de ésta no liquidadas del riesgo afectado, hasta completar la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

2. Cesación de los efectos del contrato por falta de pago.

Si no hubiere sido pagada el total de la prima en la opción de pago anticipado o la retención en nómina no se hubiera efectuado dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

3. Rehabilitación.

No obstante lo dispuesto en los puntos anteriores, el asegurado podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día de plazo de gracia, pagar la prima del seguro o solicitar por escrito la conservación de la vigencia original y el ajuste en la aplicación de cobranza por nómina. En este caso por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán.

4. Lugar de pago.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de cada instancia administrativa del Poder judicial de la Federación o centro de trabajo del Servidor Público contra entrega del recibo correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora.

CLÁUSULA VI. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

1. Sumas aseguradas.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

En caso de pérdida total que afecte las coberturas de daños materiales o robo total, el valor a indemnizar por este concepto será para autos y pick ups nuevos (hasta 365 días transcurridos desde su compra, de acuerdo a factura o carta factura que se entrega a la Aseguradora para la emisión de los mismos) a valor factura.

Los autos y pick ups con más de 365 días de antigüedad al momento del siniestro y el resto de los vehículos se indemnizarán al valor comercial, entendiéndose como tal, el valor de venta más alto del vehículo, publicado en la Guía EBC (Libro Azul), al momento del siniestro más el 10%.

Para los vehículos fronterizos e importados legalmente, la suma asegurada, corresponderá en caso de pérdida total al valor de mayoreo (wholesale), del Kelley Blue Book, Auto Market Report publicado por Kelley Blue Book Co., de California, USA. Para el resto de los estados fronterizos, se aplicará el valor de mayoreo de la guía NADA (Official Older Used Car Guide), correspondiente a la región, vigente a la fecha del siniestro más 10%.

Tratándose de vehículos facturados por una compañía de seguros con motivo de una pérdida total previa (autos de salvamento de compañías aseguradoras), el límite máximo de responsabilidad en las coberturas de daños materiales y robo total, corresponderá al importe mayor del vehículo, publicado en la Guía EBC (Libro azul), al momento del siniestro más 10% aplicándose una depreciación adicional del 25% a este valor, para los vehículos nacionales. En el caso de vehículos legalmente importados y facturados por una compañía de seguros por motivo de una pérdida total previa (autos de salvamento de compañías aseguradoras en U.S.A.), el límite máximo de responsabilidad en las coberturas de daños materiales y robo total, será a valor convenido y el mismo corresponderá al valor establecido en el pedimento de importación.

Se hace extensivo dicho descuento a los vehículos fronterizos e importados legalmente por autoridad competente, cuya suma asegurada corresponderá al valor de mayoreo (wholesale), del Kelley Blue Book, Auto Market Report publicado por Kelley Blue Book Co., de California, USA. Para el resto de los estados fronterizos, se aplicará el valor de mayoreo de la guía NADA (Official Older Used Car Guide), correspondiente a la región, vigente a la fecha del siniestro más 10%. En razón de lo anterior, la prima cobrada durante la vigencia se ajustará de acuerdo al monto indemnizado.

Las sumas aseguradas de las coberturas 1. Daños materiales, 2. Robo total, 3. Responsabilidad civil por daños a terceros, 4. Gastos médicos a ocupantes y 7. Adaptaciones y conversiones que hubiera contratado, esta última el servidor público y los Servicios de Asistencia legal, se reinstalarán automáticamente (no aplica para equipo especial y/o adaptaciones) cuando hayan sido reducidas por el pago de cualquier indemnización parcial efectuada por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza.

En el caso de la cobertura 6. Equipo especial, toda indemnización que la Aseguradora pague reducirá en igual cantidad su responsabilidad pudiendo ser reinstalada a solicitud del asegurado con la factura respectiva y previa aceptación de la Compañía Aseguradora, en cuyo caso, el asegurado deberá pagar la prima que corresponda.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Para el caso de las coberturas de daños materiales y robo total, el monto de la indemnización se obtendrá de conformidad con el procedimiento descrito en la cláusula VIII de la presente póliza.

2. Exención del deducible en caso de tercero responsable.

En caso de siniestro en el que el monto de los daños sea superior al porcentaje del deducible contratado que se especifique en la carátula de la póliza, no se cobrará deducible y/o se reembolsará cuando éste haya sido pagado por el asegurado, siempre y cuando exista dictamen de causalidad emitido por la Procuraduría de Justicia del Fuero Común o Federal, según corresponda, en donde se determine la responsabilidad de un causante del daño (tercero), y en consecuencia se exima de culpa al asegurado titular de esta póliza.

CLÁUSULA VII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

1. En caso de siniestro, el asegurado se obliga a:

- a) Ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño (agravación de riesgo) si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la Aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique. Los gastos hechos por el asegurado, que no sean manifestaciones improcedentes, se cubrirán por la Aseguradora, y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos. Si el asegurado no cumple con las obligaciones que le impone el párrafo anterior, la Aseguradora tendrá derecho a limitar o reducir la indemnización, hasta el valor que hubiere ascendido si el asegurado hubiese cumplido con dichas obligaciones.
- b) Dar aviso a la Aseguradora tan pronto como tenga conocimiento del hecho, salvo casos de fuerza mayor. La falta oportuna de este aviso sólo podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiere importado el siniestro si la Aseguradora hubiere tenido pronto aviso sobre el mismo.
- c) Proporcionar toda la información sobre el siniestro que le requiera la Aseguradora, incluyendo la identificación plena del conductor del vehículo asegurado.
- d) Presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes cuando se trate de robo u otro acto delictuoso que pueda ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con la Compañía Aseguradora para conseguir la recuperación del vehículo o del importe del daño sufrido.

2. En caso de reclamaciones que presente el asegurado, con motivo de siniestro que afecten las coberturas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 el asegurado se obliga a:

- a) Comunicar a la Compañía Aseguradora, tan pronto tenga conocimiento, de las reclamaciones o demandas recibidas por él o por sus representantes a cuyo efecto le remitirá los documentos o copia de los mismos, que con ese motivo se le hubieran entregado. La falta de cumplimiento a esta obligación por parte del asegurado, liberará a la Aseguradora de cubrir la indemnización que corresponda a la cobertura afectada por el siniestro. La Compañía Aseguradora no quedará obligada por reconocimiento de

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

adeudos, transacciones o cualesquiera otros actos jurídicos de naturaleza semejante, hechos o concertados sin el consentimiento de ella. La confesión de la materialidad de un hecho no podrá ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad.

b) El asegurado se obliga a costa de la Aseguradora, en todo procedimiento civil que pueda iniciarse en su contra, con motivo de la responsabilidad cubierta por el seguro: a proporcionar los datos y pruebas necesarios, que le hayan sido requeridos por la Aseguradora para su defensa a costa de ésta; ejercitar y hacer valer las acciones y excepciones defensas que le correspondan en derecho; a comparecer en todo procedimiento penal y civil; y a otorgar poderes a favor de los abogados y/o persona que la Aseguradora designe para que lo represente en los citados procedimientos penales y civiles, en caso de que no pueda intervenir en forma directa en todos los trámites de dichos procedimientos. Asistencia Legal que se otorgará en los mismos términos al asegurado aún cuando resulte tercero afectado.

3. Obligación de comunicar la existencia de otros seguros. El asegurado tendrá la obligación de poner inmediatamente en conocimiento de la Aseguradora, por escrito, la existencia de todo seguro que contrate o hubiere contratado con otra institución de seguros, sobre el mismo riesgo y por el mismo interés, indicando el nombre del asegurado y las coberturas; en caso de no dar aviso se sujetará a lo señalado en los Art. 100, 101 y demás relativos y aplicables a la Ley Sobre Contrato de Seguro.

CLÁUSULA VIII. BASES DE VALUACIÓN E INDEMNIZACIÓN DE DAÑOS.

1. Si el asegurado ha cumplido con la obligación que le impone la cláusula séptima punto 1 inciso b y el vehículo se encuentra libre de cualquier detención, incautación, confiscación, u otra situación semejante producida por orden de las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones que intervengan en dichos actos, la Aseguradora tendrá la obligación de iniciar sin demora la valuación de los daños.
2. El hecho de que la Aseguradora no realice la valuación de los daños sufridos por el vehículo, dentro de los 3 días naturales siguientes a partir del momento del aviso del siniestro e ingresando a la agencia automotriz o taller y siempre que se cumpla con el supuesto del párrafo anterior, el asegurado queda facultado para proceder a la reparación de los mismos y exigir su importe a la Aseguradora en los términos de esta póliza, salvo que por causas imputables al asegurado no se pueda llevar a cabo la valuación. La Aseguradora no reconocerá el daño sufrido o causado por el vehículo si se ha procedido a su reparación o desarmado antes de que se le avise o haya transcurrido el plazo para la evaluación del daño. De igual forma no reconocerá daños preexistentes o no avisados a la Aseguradora.
3. Terminada la valuación y reconocida su responsabilidad, sin perjuicio de lo señalado en el Art. 71 de la Ley Sobre Contrato de Seguro, la Aseguradora deberá indemnizar en efectivo al asegurado con el importe de la valuación de los daños sufridos en la fecha del siniestro. La indemnización en pérdidas parciales comprenderá el valor de factura actual de refacciones y mano de obra más los impuestos que en su caso generen los mismos. En cuanto a pérdidas totales se remitirá a lo señalado en la cláusula VI, Límite de Responsabilidad, 1 Sumas Aseguradas.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

4. Condiciones aplicables en Reparación.

- a) Cuando la Aseguradora opte por reparar el vehículo asegurado, la determinación del centro de reparación y/o la de proveedores de refacciones y partes, estará sujeta a la disponibilidad en la plaza más cercana al lugar del accidente o domicilio del asegurado y que exista convenio de prestación de servicios con la Aseguradora, siempre y cuando cuenten con el servicio adecuado al arreglo del vehículo.
- b) Para vehículos modelo 2006 en adelante, serán reparados en agencias QUE TENGAN CONVENIO CON LA Aseguradora. Los demás modelos serán reparados en talleres que tengan convenio con la Aseguradora.

El asegurado podrá solicitar que se efectúe el pago de daños por la reparación del automóvil asegurado, por lo que la Aseguradora se compromete a valorarlo y emitir un cheque por el monto de los daños que será entregado al asegurado, quien firmará el finiquito correspondiente.

- c) Verificar que el taller o agencia instale las partes originales que le hayan sido requeridas y su reparación sea de una forma apropiada, quedando como facultad de la Aseguradora la vigilancia de la calidad, origen y condiciones físicas de las mismas, en el entendido de que no deberá afectar la funcionalidad o estética del vehículo.
 - d) La disponibilidad de las partes esta sujeta a las existencias por parte del fabricante, importador y/o distribuidor, por lo que no es materia de este contrato la exigibilidad a la Aseguradora de su localización en los casos de desabasto generalizado.
 - e) El tiempo que conlleve la reparación dependerá de la existencia de partes o refacciones, así como a las labores propias y necesarias de mano de obra y pintura, debiendo la Aseguradora informar al Asegurado a través del taller, agencia o de su representante el proceso y avances de la reparación, sin que este tiempo exceda de 2 meses.
 - f) La garantía de reparación estará sujeta a la que ofrece el fabricante, importador o distribuidor de las refacciones o partes, así como a las previstas por el taller o agencia en cuanto a su mano de obra.
 - g) No obstante lo estipulado en las opciones anteriores, en la eventualidad de un daño no detectado al momento de la valuación y que sea consecuencia del siniestro reclamado, el Asegurado dará aviso a la Aseguradora y presentará el vehículo para evaluación y, en su caso, su reparación correspondiente.
 - h) Asimismo la Aseguradora indemnizará la cantidad de \$200.00 M.N. por cada día natural de retraso a partir de la fecha de compromiso de entrega del vehículo siniestrado, cuando sea imputable al taller o a la Aseguradora.
5. Cuando el costo de la reparación del daño sufrido por el vehículo excediere el 50% del valor comercial del mismo, de conformidad con la cláusula VI Límite de responsabilidad numeral 1 del presente contrato se considerará como pérdida total.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

6. En caso de pérdida total que afecte las coberturas de Daños Materiales o Robo Total, la indemnización será de acuerdo al procedimiento que para ello tenga establecido la Aseguradora, mismo que dará a conocer por escrito al asegurado una vez efectuada la evaluación del siniestro.

El pago de la indemnización se efectuará a más tardar en 5 días hábiles posteriores, a partir de la entrega de la documentación completa. Dicho término se interrumpirá en caso de que la Aseguradora de aviso al asegurado o dueño del vehículo de alguna anomalía que tuviese la documentación presentada.

Asimismo, en la cobertura de robo total y en caso de que exista recuperación del vehículo, se interrumpirá el plazo indicado en el párrafo anterior si el propietario del vehículo no hubiese entregado la documentación correspondiente y completa a la Aseguradora.

En caso de que el propietario del vehículo no haya entregado la documentación completa a la aseguradora para la indemnización de la pérdida total a consecuencia de robo y se haya recuperado la unidad, éste tendrá que colaborar con la aseguradora para la liberación y traslado del vehículo a un centro de valuación que designe la aseguradora aplicándose lo establecido en el punto 5 de la presente cláusula.

7. La intervención de la Aseguradora en la valuación o cualquier ayuda que ésta o sus representantes presten al asegurado o a terceros, no implica aceptación por parte de la Aseguradora, de responsabilidad alguna respecto del siniestro.
8. Para dar cumplimiento al Art. 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se entenderá que el asegurado ha cumplido con su obligación, entregando a la Aseguradora, la documentación que para cada caso se especifique en el instructivo que se le entregará junto con la póliza y que forma parte de la misma.
9. En caso de siniestro que amerite indemnización en los términos de las coberturas 1. Daños materiales y 2. Robo total de esta póliza, la Aseguradora se hará cargo de las maniobras y gastos correspondientes para poner el vehículo asegurado en condiciones de traslado, así como de los costos que implique el mismo. Si el asegurado opta por trasladarlo a un lugar distinto del elegido por la Aseguradora ésta sólo responderá por este concepto, hasta por la cantidad equivalente a un mes de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento del siniestro.
10. En caso de que la Compañía 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 indemnización, capital o renta en los términos del Art. 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio durante el lapso de mora calculado, a una tasa igual al promedio del costo porcentual promedio de captación publicado mensualmente por el Banco de México; dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta días señalado en el citado precepto. En caso de juicio o arbitraje en los términos del Artículo 135 bis, fracción IV de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuestos en los mismos.

CLÁUSULA IX. TERRITORIALIDAD.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Las coberturas Daños Materiales, Robo Total, Gastos Médicos a Ocupantes, Equipo Especial y Adaptaciones y Conversiones amparadas por esta póliza se aplicarán en caso de accidentes ocurridos dentro de la República Mexicana, Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. La indemnización de cualquiera de las coberturas antes mencionadas se realizará en el lugar del siniestro.

La cobertura de responsabilidad civil amparada por esta póliza se aplicará exclusivamente en la República Mexicana.

En caso de requerir la Cobertura de Responsabilidad Civil en Estados Unidos de Norteamérica y/o Canadá podrá solicitar a la Aseguradora la contratación de la póliza correspondiente, cubriendo el costo adicional que esta póliza genere mediante depósito bancario.

CLÁUSULA X. SALVAMENTOS.

En caso de que la Compañía Aseguradora pague el valor comercial del vehículo en la fecha del siniestro, ésta tendrá derecho a disponer del salvamento en la proporción que le corresponda y de cualquier recuperación, con excepción del equipo especial que no estuviere asegurado.

En virtud de que la parte que soporte el asegurado es por concepto de deducible, el importe de la recuperación se aplicará, en primer término a cubrir la parte que erogó la Aseguradora y el remanente, si lo hubiere, corresponderá al asegurado. Para este efecto la Aseguradora se obliga a notificar por escrito al asegurado cualquier recuperación.

CLÁUSULA XI. PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO.

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas:

1. Si se demuestra que el asegurado, el beneficiario, el conductor o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en el error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.
2. Si hubiere en el siniestro dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario, del conductor o sus respectivos causahabientes.
3. Si se demuestra que el asegurado, el beneficiario, el conductor o sus representantes, con el fin de hacer incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que la Aseguradora solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

CLÁUSULA XII. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.

Las partes convienen expresamente en que este contrato podrá darse por terminado en forma anticipada y fehacientemente. La Compañía Aseguradora tendrá el derecho a la prima

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

que corresponda de acuerdo con las tarifas para seguros a corto plazo registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas.

Cuando la Aseguradora dé por terminado el contrato, lo hará mediante notificación fehaciente al asegurado, surtiendo efecto la terminación del seguro después de treinta días. La Aseguradora deberá devolver la totalidad de la prima no devengada a más tardar al momento de dicha notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

Cuando se contrate dos o más coberturas y antes del fin del periodo de vigencia pactado ocurriera la pérdida total del vehículo amparado, la Aseguradora se obliga a devolver a prorrata, la parte no devengada de la prima o primas correspondientes a las coberturas no afectadas por ese siniestro. Devolución que se hará al momento de finiquitar el siniestro.

En igual forma se procederá, cuando se contraten una o más coberturas y desaparezcan los riesgos amparados a consecuencia de eventos no asegurados.

CLÁUSULA XIII. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos años, 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.

CLÁUSULA XIV. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos de los artículos 60 a 72 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y si dicho Organismo no es designado árbitro, podrá concurrir a los tribunales competentes.

CLÁUSULA XV. SUBROGACIÓN.

La Aseguradora se subrogará hasta por la cantidad pagada en los derechos del asegurado, así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro; si la Aseguradora lo solicita a costa de la misma, el asegurado hará constar la subrogación en escritura pública, denuncia penal o querrela si por hechos u omisiones del asegurado se impide totalmente la subrogación, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones, de acuerdo a lo que establece el Art. 111 de la Ley sobre el Contrato de Seguros, 2058 fracción II del Código Civil del Distrito Federal y sus correlativos con los códigos civiles de los Estados de la República Mexicana.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y la Aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

CLÁUSULA XVI. ACEPTACIÓN DEL CONTRATO.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado contratante, podrá pedir rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que se reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

CLÁUSULA XVII. ASISTENCIA

1. Disposiciones previas.

1.1 Territorialidad

Asistencia desde el lugar de su residencia. Los servicios de asistencias desde el lugar de su residencia indicados en el punto 2 de estas condiciones particulares se proporcionan sólo en y a los residentes de los Estados Unidos Mexicanos, desde el lugar de residencia permanente del beneficiario "Km.0".

2. Servicios de asistencia desde su lugar de residencia ("Km.0).

Asistencia médica.

2.1 Traslado médico.

Si el beneficiario sufre un accidente que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro la vida, tales que el equipo médico de la Compañía Aseguradora en contacto con el médico que le atiende, prevaleciendo siempre la opinión de éste, recomienden su hospitalización, la Compañía Aseguradora organizará y pagará el traslado del beneficiario al centro hospitalario más cercano; si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica (incluyendo sin limitación ambulancia terrestre, equipo médico necesario, medicamentos, materiales desechables y soluciones que se requieran), al centro hospitalario más apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el beneficiario presente.

En caso de accidente automovilístico, el beneficiario será el asegurado, conductor y/o los ocupantes.

2.2 Asistencia para la denuncia del robo total del automóvil.

En caso de robo o pérdida del automóvil, la Aseguradora proporcionará información sobre los pasos a seguir, desde la búsqueda hasta la formulación de la denuncia ante las autoridades competentes, así como la designación de un abogado, a efecto de asistir y dar continuidad a la denuncia o querrela respectiva hasta su conclusión ante el Ministerio Público o autoridades competentes.

Los beneficiarios de esta cobertura son el titular de la póliza, a falta de éste el conductor y a falta de éste el representante.

2.3 Auxilio Vial.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

En caso de avería que no permita la circulación autónoma del automóvil, la Aseguradora enviará auxilio vial necesario hasta el lugar mismo de la avería y tomará a su cargo paso de corriente, servicio de cerrajero, cambio de llanta ponchada por llanta de refacción, provisión de gasolina (con importe de combustible a cuenta del asegurado).

En todos los casos el beneficiario o su representante deberán estar presentes al momento de la reparación.

Beneficiario: El conductor del automóvil y a falta de éste el representante.

2.4 Envío y pago de remolque.

En caso de avería y/o accidente automovilístico que no permita la circulación autónoma del automóvil, la Compañía Aseguradora organizará y tomará a su cargo los servicios de remolque las veces que sean necesarias y al destino que elija el titular.

En todos los casos el titular o su representante deberán acompañar a la grúa durante su traslado.

Los servicios de remolque, incluyen la utilización de plataformas sólo cuando el automóvil no pueda ser remolcado por una grúa convencional, dichas plataformas por su escasez tomarán mayor tiempo de arribo. Los servicios de remolque también incluyen, si el traslado así lo requiere, el pago de casetas de peaje.

Beneficiarios: El conductor del automóvil y a falta de éste el representante.

2.5 Referencia de talleres mecánicos.

A solicitud del beneficiario, la Compañía Aseguradora le proporcionará información actualizada sobre los talleres de servicio automotriz autorizados por estar, cercanos al lugar del accidente automovilístico o avería.

Asistencia Legal

2.6 Gastos de abogados y/o fianza en México.

Se proporcionará asesoría jurídica para facilitar la libertad del conductor y la liberación del vehículo asegurado cuando legalmente proceda en caso de accidente, derivada de la responsabilidad penal en que pueda incurrir el conductor del vehículo al ocasionar daños a terceros en sus bienes o en su persona, así como a las vías generales de comunicación, encargándose de la defensa, vigilando el proceso hasta la conclusión del juicio, interponiendo todos los recursos que al efecto la ley le concede y otorgando las cauciones en efectivo que en su caso se requieran, para obtener la libertad del conductor.

En adición a la cobertura de Responsabilidad Civil, la Compañía Aseguradora se compromete a contratar con una compañía afianzadora legalmente establecida que al efecto elija, la fianza o fianzas que faciliten la libertad provisional que necesite el conductor del vehículo dentro de la vigencia del seguro, cuando derivado del tránsito de automóviles ocasione daños a

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

terceros en su persona o bienes, así como a las vías generales de comunicación. El monto de la suma afianzada será hasta por una cantidad igual al límite máximo estipulado para esta cobertura en la carátula de la presente póliza.

Queda entendido que la fianza se cubrirá hasta en tanto el conductor del vehículo es considerado presunto responsable del delito o el juez que conozca del proceso determine las sanciones, perjuicios o cualquier otra obligación distinta a la responsabilidad material. La territorialidad de esta cobertura será dentro de los límites geográficos de la República Mexicana.

Asistencia Personal

2.7 Coordinación y asesoría para trámites funerarios.

En caso de fallecimiento de alguno(s) de los ocupantes del vehículo asegurado a consecuencia de un accidente automovilístico, la Aseguradora reembolsará los gastos ocasionados por el fallecimiento del beneficiario siempre y cuando el asegurado contrate la cobertura de gastos médicos a ocupantes y esta quede estipulada en la carátula de la póliza.

Los servicios que otorgarán son los siguientes:

- a) Tramitación legal y administrativa ante el Ministerio Público local y/o federal y ante el servicio médico forense.
- b) La atención y solución de problemas legales y administrativos en relación al deceso para tramitación y obtención del certificado y acta de defunción.
- c) Coordinación y pago directo a la agencia funeraria a fin de cubrir la sala de velación, ataúd o urna en caso de cremación de acuerdo con las condiciones que le impongan a la Aseguradora los deudos y/o representante.
- d) El monto total de los costos que originen la organización, trámites, gestiones y pago de los servicios anteriormente descritos nunca podrá exceder del límite establecido en el inciso f de la cobertura 4 de la cláusula tercera de las condiciones generales.

Beneficiarios: El conductor del automóvil y los ocupantes, sólo en caso de accidente automovilístico en cualquier lugar de los Estados Unidos Mexicanos.

3. Servicios de asistencia en viajes.

Asistencia médica

El conductor y los ocupantes, sólo en caso de accidente automovilístico cuando viajen por los Estados Unidos de Norteamérica o Canadá.

3.1. Traslado médico

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Si los lesionados sufren lesiones o traumatismos tales que el equipo médico de la Aseguradora, en común acuerdo con el médico que los atienda, recomienden su hospitalización prevaleciendo siempre la opinión del último, la Aseguradora organizará y pagará:

- a) El traslado de los beneficiarios al centro hospitalario más cercano
- b) Si fuera necesario, por razones médicas, el traslado bajo la supervisión médica por los medios más adecuados (incluyéndose, sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea comercial o ambulancia) al centro hospitalario más apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que cada uno presente.
- c) Si fuera necesario por razones médicas, si las condiciones médicas permiten su traslado, el equipo médico de la Aseguradora organizará éste, bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al hospital o centro médico más cercano a su residencia permanente. El equipo médico de la Aseguradora y el médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado o repatriación.

3.2. Gasto de hotel por convalecencia.

Si la convalecencia del conductor o de algún ocupante del vehículo requiere mas de 24hrs la aseguradora pagara la estancia en un hotel escogido por el beneficiario o conductor.

Este servicio estará limitado a un monto de \$1,000.00 M.N. por persona por noche de hospedaje, limitado a cinco días naturales .

3.3. Traslado a domicilio.

Si el beneficiario después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del equipo médico de la Compañía Aseguradora, prevaleciendo siempre la opinión del médico tratante, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, la Aseguradora organizará su traslado por avión de línea comercial y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios así como el boleto de regreso del beneficiario.

3.4. Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje.

Si la convalecencia del conductor requiere mas de 72hrs posteriores a la fecha del siniestro, la Compañía Aseguradora pondrá a disposición de un familiar directo del conductor un boleto de avión redondo (clase económica con origen dentro del territorio nacional) y pagara la estancia en un hotel escogido por el beneficiario o conductor. Este servicio estará limitado a un monto de \$1,000.00 M.N. por persona por noche de hospedaje, limitado a 5 días naturales.

3.5. En caso de fallecimiento.

En caso de fallecimiento del beneficiario, la Aseguradora realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de la inhumación en la ciudad de residencia permanente del beneficiario; o,

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

- b) A petición de su familia o representantes del beneficiario, la inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. La Aseguradora se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo previsto en el apartado anterior.

Asistencia automovilística.

Beneficiarios: Para cada una de las secciones enunciadas a continuación se considerará como beneficiario al conductor del automóvil, y a falta de éste, el representante.

3.6. Auxilio Vial

En caso de avería que no permita la circulación autónoma del automóvil, la Aseguradora proporcionará auxilio vial necesario hasta el lugar mismo de la avería y tomará a su cargo actividades tales como: paso de corriente, servicio de cerrajero, cambio de llanta ponchada por llanta de refacción, provisión de gasolina (con importe de combustible a cuenta del asegurado).

En todos los casos el beneficiario o su representante deberán estar presentes al momento que se le otorgue el auxilio. La aseguradora no cubrirá daños del vehículo generados por fallas mecánicas del propio vehículo.

Beneficiario: El conductor del automóvil y a falta de éste el representante.

3.7 Envío y pago de remolque.

En caso de accidente automovilístico o avería cuando viaje a Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y los Estados Unidos Mexicanos y que no pueda ser reparado el automóvil en el lugar mismo que se produzca el evento, la aseguradora organizará y tomará a su cargo los servicios de remolque.

En todos los casos el beneficiario o su representante, deberá acompañar a la grúa durante el traslado.

Los servicios de remolque incluyen, además del pago de casetas de peaje, la utilización de plataformas, sólo cuando el automóvil no pueda ser remolcado por una grúa convencional. Dichos transportes por su escasez tomarán un mayor tiempo de arribo.

3.8 Referencia de talleres mecánicos.

A solicitud del beneficiario, la Aseguradora proporcionará información actualizada sobre los talleres de servicio automotriz autorizados por la misma.

3.9 Gastos de hotel por avería.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Si la reparación del automóvil requiere más de 8 (ocho) horas, la Aseguradora pagará la estancia en un hotel escogido por el beneficiario o conductor. Este servicio estará limitado a un monto de \$1,000.00 M.N. por persona por noche de hospedaje limitado a 5 días naturales.

3.10 Auto rentado/servicio de taxi.

Si la reparación del automóvil requiere de más de 36 (treinta y seis) horas, la Compañía Aseguradora pagará la renta de un automóvil similar a la unidad averiada. Este beneficio está limitado a cuatro días por viaje y limitando el costo del alquiler a \$1,500 M.N. pesos por evento.

3.11 Chofer para el regreso al domicilio.

Si el conductor, a causa de accidente, según el criterio del médico tratante y del equipo médico de la Compañía Aseguradora, prevaleciendo la opinión del médico tratante, no puede regresar a su residencia permanente manejando el automóvil y si no existe ningún acompañante capacitado para conducirlo, la Aseguradora proporcionará y pagará un chofer para regresar el automóvil hasta su lugar de residencia permanente.

3.12 Asistencia para la denuncia del robo del automóvil.

En caso de robo o pérdida del automóvil la Aseguradora proporcionará información sobre los pasos a seguir, desde la búsqueda hasta la formulación de la denuncia ante las autoridades competentes.

3.13 Gastos de hotel por robo de automóvil.

Después de levantar el acta de robo ante las autoridades competentes, la Aseguradora pagará la estancia en un hotel escogido por el beneficiario. Este servicio está limitado a un máximo de 5 (cinco) días consecutivos. Este servicio estará limitado a un monto de \$1,000.00 M.N. por persona por noche de hospedaje.

3.14 Gastos de transporte por robo del automóvil.

Después de levantar el acta de robo ante las autoridades competentes, la Aseguradora pagará la renta de un automóvil similar a la unidad robada. Dicho automóvil rentado podrá entregarse en este caso en la ciudad de residencia permanente del beneficiario o entregarlo en la ciudad donde se rentó.

3.15 Boleto Aéreo de recuperación del automóvil robado.

Después de levantar el acta de robo ante las autoridades competentes, y si el automóvil robado aparece, la Aseguradora pondrá a disposición de una persona designada por el beneficiario un boleto de ida (clase económica con origen en la ciudad de residencia permanente del beneficiario) a fin de acudir a recoger el automóvil.

Asistencia legal.

Beneficiarios: Para cada una de las secciones enunciadas a continuación se considerará como beneficiario al conductor del automóvil.

3.16 Gastos de abogado y/o fianza en México.

Se proporcionará asesoría jurídica para facilitar la libertad del conductor y la liberación del vehículo asegurado cuando legalmente proceda en caso de accidente, derivada de la responsabilidad penal en que pueda incurrir el conductor del vehículo al ocasionar daños a terceros en sus bienes o en su persona, así como a las vías generales de comunicación, encargándose de la defensa, vigilando el proceso hasta la conclusión del juicio, interponiendo todos los recursos que al efecto la ley le concede y otorgando las cauciones en efectivo que en su caso se requieran, para obtener la libertad del conductor.

En adición a la cobertura de responsabilidad civil, la Aseguradora se compromete a contratar con la compañía afianzadora legalmente establecida que al efecto elija, la fianza o fianzas que faciliten la libertad provisional que necesite el conductor del vehículo dentro de la vigencia de esta póliza, cuando derivado del tránsito de automóviles ocasione daños a terceros en sus bienes o en su persona, así como a las vías generales de comunicación, quedando convenido, que el monto de la suma afianzada será hasta por una cantidad igual al límite máximo, estipulado para esta cobertura en la carátula de la presente póliza. Queda entendido que la fianza se cubrirá hasta en tanto el conductor del vehículo es considerado presunto responsable del delito o el juez que conozca del proceso, determine las sanciones, perjuicios o cualquier otra obligación distinta a la responsabilidad material. La territorialidad de esta cobertura será dentro de los límites geográficos de la República Mexicana.

3.17 Gastos de abogado y/o fianza en USA o Canadá.

En caso de accidente automovilístico en los Estados Unidos de Norteamérica o Canadá, la Aseguradora proporcionará los siguientes beneficios legales al conductor del automóvil y pagará el abogado defensor y/o el costo de una fianza hasta por un máximo de \$30,000.00 USD en conjunto (abogado y fianza).

- a) A solicitud del conductor o de su representante, la Aseguradora proporcionará un abogado para atender la defensa del conductor ante cualquier proceso civil o penal en su contra.
- b) En el caso de arresto o detención del conductor, la Aseguradora pagará el costo de la fianza para garantizar su libertad provisional hasta por la cantidad fijada anteriormente. La Aseguradora no será aval del conductor bajo ninguna circunstancia.
- c) Estos beneficios no se aplican si el problema es debido a la actividad profesional del beneficiario o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos.

Asistencia personal

3.18 Transmisión de mensajes.

La Aseguradora se encargará de transmitir, a petición del beneficiario, los mensajes urgentes que le solicite derivados de una situación de asistencia.

4. Obligaciones del beneficiario.

4.1 Solicitud de asistencia.

En caso de situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el beneficiario llamará a los teléfonos indicados por la Aseguradora, facilitando los siguientes datos:

- a) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde la Aseguradora podrá contactar con el beneficiario o su representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) Su nombre y número de póliza de seguro de automóvil.
- c) Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise.

Los equipos médico y técnico de la Aseguradora tendrán libre acceso al automóvil, a los beneficiarios.

4.2 Imposibilidad de notificación a la empresa de asistencia.

Los servicios a que se refieren estas condiciones particulares, configuran la única obligación a cargo de la Aseguradora, y sólo en caso fortuito o de fuerza mayor o imposibilidad del beneficiario para solicitarlos en los términos de estas condiciones particulares, dicho beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios. En tal supuesto, la Aseguradora, de acuerdo con los numerales de esta cláusula 4.2 b) y 4.2 c), podrá reembolsar al beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de servicios médicos de hospitalización y/o utilización de grúas.

- a).- En caso de peligro de muerte. En situación de peligro de muerte, el beneficiario o su representante, deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar, donde se haya producido el accidente con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible contactarán con la Aseguradora, para notificar la situación.
- b).- Hospitalización sin previa notificación a la Aseguradora. En caso de accidente automovilístico que amerite la hospitalización del beneficiario sin previa notificación a la Aseguradora, el beneficiario o su representante, deberán contactar con la Aseguradora a más tardar dentro de los 3 (tres) días naturales siguientes al accidente automovilístico. En caso de que dicho aviso no pueda darse por caso fortuito o de fuerza mayor, el asegurado deberá comunicarlo tan pronto como desaparezca el impedimento.
- c).- Remolque sin previa notificación a la Aseguradora. En caso de accidente automovilístico o avería que amerite la utilización urgente de una grúa sin previa notificación a la

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Aseguradora, el beneficiario o su representante, deberán contactar con la Aseguradora a más tardar dentro de las 24 horas siguientes del accidente automovilístico o avería. En caso de que dicho aviso no pueda darse por caso fortuito o de fuerza mayor, el asegurado deberá comunicarlo tan pronto como desaparezca el impedimento.

4.3 Traslado médico.

En los casos de traslado médico o repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de la Aseguradora, el beneficiario o su representante deberán indicar:

- a) El nombre, domicilio y número de teléfono del hospital o centro médico donde el beneficiario esté ingresando.
- b) El nombre, domicilio, y número de teléfono del médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atiende al beneficiario.

El equipo médico de la Aseguradora o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y el beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra.

En cada caso, el médico de la Aseguradora en común acuerdo con el médico tratante, decidirán cuando es el momento más apropiado para el traslado y determinarán las fechas y los medios más adecuados para el traslado, prevaleciendo siempre la opinión del médico tratante.

4.4 Remolque y reparaciones del automóvil.

En todos los casos de remolque del automóvil es necesario que el beneficiario o su representante acompañe a la grúa durante el trayecto de traslado, así como que estén presentes al momento de efectuar cualquier tipo de reparación, especialmente si ésta se realiza en el lugar de la avería.

En caso de accidente automovilístico el beneficiario o su representante deberán tramitar con las autoridades competentes el permiso necesario de traslado del automóvil. Para este efecto se recibirá la orientación necesaria por parte de la Aseguradora.

4.5 Normas Generales.

- a) Moderación. Se sujetará de acuerdo a lo estipulado en la cláusula séptima de obligaciones del asegurado que se especifica en las condiciones generales.
- b) Cooperación con la Aseguradora. El beneficiario deberá cooperar con la Aseguradora para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando los documentos necesarios, ayudando a ésta y con cargo a la misma a completar las formalidades necesarias.
- c) Subrogación. Se sujetará de acuerdo a lo estipulado en la cláusula décima quinta especificada en las condiciones generales de la póliza.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

- d) Personas que prestan los servicios de asistencia. Las personas que prestan los servicios de asistencia son, contratistas independientes de la Aseguradora, por lo que la misma será responsable por la prestación de los servicios, de acuerdo con lo estipulado en esta cláusula adicional, no será responsable por las deficiencias en que incurran tales personas o establecimientos. La Aseguradora no será responsable por daños, robo parcial o total que sufra el automóvil durante la prestación de los servicios de asistencia.
- e) Prescripción de las reclamaciones. Se sujetará de acuerdo a lo estipulado en la cláusula décima tercera especificada en las condiciones generales de la póliza.

5. Exclusiones.

5.1 Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por los beneficiarios en contra de la prescripción del médico de cabecera durante viajes de duración superior a sesenta (60) días naturales, no dan derecho a los servicios de asistencia.

5.2 Quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean a consecuencia directa o indirecta de:

- a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- b) La participación del beneficiario en combates, salvo en caso defensa propia.
- c) La participación del beneficiario y/o automóvil en cualquier clase de carreras, competiciones oficiales y en exhibiciones.
- d) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
- e) Los automóviles que sufran modificación de cualquier tipo, diferentes a las especificaciones del fabricante, siempre y cuando dicha modificación ocasione directamente una situación de asistencia.
- f) Golpes o choques intencionados, así como la participación del automóvil en actos delictuosos intencionales en que participe directamente el beneficiario.
- g) Labores de mantenimiento, revisiones al automóvil, reparaciones mayores a la compostura o armado de partes previamente desarmadas por el beneficiario o por un tercero no autorizado.
- h) La falta de gasolina y/o aceites, dan derecho al servicio de remolque.
- i) Remolque del automóvil con carga o heridos.
- j) La fuga del conductor del automóvil del lugar de los hechos.
- k) En ningún caso se amparan los riesgos y servicios antes descritos, como cuando el conductor abandone a las víctimas lesionadas o fallecidas, a menos que no pueda ser imputada al conductor culpa, impericia o negligencia graves en la realización de

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

siniestros. En caso de menores de edad, se les requerirá el permiso de conducir, expedido por autoridad competente.

6. Facultad de designación del prestador de servicios.

Será facultad de la Compañía Aseguradora contratar al prestador o prestadores de servicios que puedan otorgar la asistencia de auxilio mecánico de emergencia y/o asesoría jurídica y/o póliza de fianza y/o asistencia en viajes.

EN CASO DE PERDIDA TOTAL DE LA UNIDAD EL ASEGURADO SE OBLIGA A PROPORCIONAR A LA ASEGURADORA A LA BREVEDAD POSIBLE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- 1) Factura original endosada a favor de la Aseguradora (en ningún caso se aceptarán copias certificadas de la factura).
- 2) Fotocopia de la(s) factura(s) anteriores desde la de origen, (en caso que sea un vehículo refacturado).
- 3) Tarjetón de Registro Federal de Automóviles para modelos anteriores a 1990.
- 4) Originales de las últimas 5 tenencias al momento del siniestro ó certificado de pagos emitido por la Tesorería, (según modelo y legislación local aplicable en cada entidad).
- 5) Comprobante de verificación ambiental vigente al momento del siniestro ó copia certificada.
- 6) Comprobante de baja de placas y copia del comprobante de pago.
- 7) Original de la póliza y último recibo de pago.
- 8) Llaves de la unidad en caso de tener duplicado y si no se cuenta con el, elaborar carta explicatorio del porqué no se cuenta con duplicado, (en su caso).
- 9) Inventario de la unidad, (en su caso).
- 10) Anexar copia de credencial de elector por ambos lados.
- 11) El comprobante de liberación en posesión del vehículo expedida por la instancia o autoridad correspondiente, (en su caso).
- 12) Acreditación de propiedad, que debe constar en la averiguación previa, (en su caso).

Además de lo anterior, en caso de robo deberá de la misma forma proporcionar lo siguiente:

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

- 1) Copia certificada de las denuncias ante las autoridades correspondientes, como son:
- 2) Agencia del Ministerio Público.
- 3) Policía Judicial.
- 4) Policía Federal Preventiva.

ANEXO C: Glosario que aplicara en los términos de las Condiciones Generales.

GLOSARIO DE TERMINOS USADOS

Accidentes al conductor. Cualquier accidente automovilístico que produzca lesión corporal al conductor por la acción de una fuerza externa, súbita, fortuita y violenta, mientras se encuentre dentro del vehículo asegurado y como consecuencia de las coberturas amparadas en la póliza.

Accidente Automovilístico: Colisiones, vuelcos y todo acontecimiento que provoque daños corporales a una persona, y/o daños físicos al vehículo asegurado producido por una causa externa, violenta, fortuita y súbita.

Agravación de Riesgo. Modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo.

Asegurado: Es la persona física que, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas con la Compañía, tiene derechos sobre la reclamación de los servicios, pagos o beneficios especificados en las coberturas contratadas a consecuencia de un siniestro. El nombre aparece en la carátula de la póliza.

Asistencia Vial en Km"o": Servicios de asistencia que se proporcionan solo en los estado unidos mexicanos desde el lugar de residencia permanente del beneficiario, en el Distrito Federal desde el centro de la ciudad, hasta un radio de 80km; y para cualquier otra ciudad de la República, desde en centro de la misma hasta aun radio de 50 kilómetros.

Avería. Todo daño, rotura y/o deterioro fortuito, que impida la circulación autónoma y/o correcto funcionamiento del vehículo asegurado durante la vigencia de este Contrato, siempre y cuando no sea a consecuencia de un Accidente Automovilístico.

Automóvil: Vehículo motorizado de 4 ruedas, destinado al transporte de personas, considerando un máximo de 15 plazas.

Beneficiario: Es la persona física que al momento de un siniestro que amerite indemnización, según lo establecido en la póliza, tiene derecho al pago o servicio correspondiente.

Beneficiario Preferente: Es la persona física o moral que, previo acuerdo con la Compañía y a solicitud del Contratante, tiene derecho al servicio o pago que corresponda a los riesgos de Robo Total o Pérdida Total hasta por el importe de la suma asegurada sobre cualquier otra persona. Para que el Beneficiario preferente tenga derecho a exigir los beneficios

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

contratados, su nombre o razón social deberá precisarse en un endoso mismo que forma parte integrante de la póliza.

Colisión: Es el impacto, en un solo evento, del vehículo con uno o más objetos externos y que como consecuencia cause daños materiales.

Conductor: Es la Persona Física que habitualmente o, con mayor frecuencia conduce el vehículo asegurado, siempre y cuando sea mayor de 18 años, tenga licencia expedida por la autoridad competente y que sea del tipo (placas y uso) para conducir el vehículo asegurado, al momento de producirse un Accidente Automovilístico.

Contratante: Persona física cuya solicitud de seguro ha aceptado la Compañía, con base en los datos e informes proporcionados por ella, quien por lo tanto suscribe el contrato de seguro y asume las obligaciones que deriven del mismo; salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado o al Beneficiario.

Deducible: Es la participación económica que invariablemente deberá pagar el Asegurado en caso de siniestro y que se establece para cada cobertura en la carátula de la póliza y/o endosos. Esta obligación se pagará en pesos y se establecerá en la carátula de la póliza y/o endosos en un porcentaje sobre la suma asegurada, según corresponda a cada cobertura.

Dependiente económico: Es la persona o personas cuyo sustento es el salario del Asegurado, cualquiera que sea el título de su vida en común.

Equipo Especial: Se considerará equipo especial cualquier parte, accesorio o rótulo en carrocería o estructura, instalado a petición expresa del comprador o propietario del vehículo, en adición a las partes o accesorios con los que el fabricante adapta originalmente cada modelo y tipo específico que presenta al mercado.

Impericia: Es la falta de destreza o habilidad por parte del conductor y que ocasiona un siniestro.

Inundación: Es la causa por la que el vehículo sufre daños físicos directos, en carrocería y/o interiores, mediante la penetración de agua del exterior al interior del mismo, distinta de la necesaria para su operación y funcionamiento y por causas ajenas a la voluntad del Asegurado o conductor.

Ocupante. Toda persona física diferente al conductor que viaje en un Automóvil/Pick-up de uso personal mientras se encuentren dentro del compartimiento, caseta o cabina destinados al transporte de personas al momento de producirse un Accidente Automovilístico. El número máximo de ocupantes será el estipulado en la tarjeta de circulación.

Prima: Es la contraprestación en dinero que debe pagar el Asegurado en la forma y términos convenidos con la Compañía, para tener derecho a las coberturas que ampara la carátula de la póliza dentro del periodo de vigencia de la misma.

Representante: Cualquier persona que teniendo facultades legales para ello, realice las gestiones necesarias para hacer efectivos los beneficios de este contrato.

SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS

Salvamento: Se entiende por tal los restos del vehículo asegurado después de ocurrido el siniestro de pérdida total por daños materiales o robo total, cuyos derechos han sido subrogados a la Compañía en términos de lo dispuesto por el artículo 111 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. También se entenderá por Salvamento a los vehículos que hayan sido declarados por otras Compañías de Seguros como pérdida total y comercializados por ellas.

Siniestro. Es la manifestación concreta del riesgo asegurado por causa fortuita, súbita e imprevista que produce daños cubiertos en la póliza, obligando a la Compañía a resarcir el daño hasta el límite de responsabilidad contratado y especificado en la carátula de la póliza y/o endosos.

Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía para cada una de las coberturas contratadas, determinado desde el momento de contratación del seguro y especificado en la carátula de la póliza y/o endosos.

Terrorismo: Son los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización o gobierno, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a derrocar, influenciar o presionar al gobierno de hecho o de derecho para que tome una determinación, o alterar y/o influenciar y/o producir alarma, temor, terror o zozobra en la población, en un grupo o sección de ella o de algún sector de la economía.

Titular de la Póliza: La persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la póliza de seguro.

Uso del Vehículo: Característica que define la utilización que se le da al vehículo objeto del seguro el cual se establece en la carátula de la póliza y determina el tipo de riesgo asumido por la Compañía con el cual se determina el costo de la prima.

Uso Normal o Personal: Entendiéndose que se destina al transporte de personas o transporte de enseres domésticos o mercancías sin fines de lucro.

Vandalismo: Es el acto doloso realizado sobre el vehículo asegurado por una o varias personas.

Vehículo Asegurado: Para los efectos del presente contrato, el concepto de vehículo comprende la unidad automotriz descrita en la carátula de la póliza y/o endosos, incluyendo las partes o accesorios que el fabricante adapta originalmente para cada modelo y tipo específico que presenta al mercado. Cualquier otra parte, accesorio, rótulo, conversión o adaptación instalada adicionalmente y a petición expresa del comprador o propietario, requerirá de cobertura específica.

Vuelcos: Es el evento durante el cual, por la pérdida de control, el vehículo gira, se vuelca y pierde su verticalidad, todo o en parte, con relación a la cinta asfáltica o vía por la que circula.

SUBPARTIDA 3.2.1

COBERTURAS ADICIONALES (NO APLICA)

ANEXO 4

MODELO DE CONTRATO

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

CONTRATO ABIERTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ “EL CONSEJO”, REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL LIC. MALCOLM ALFREDO HEMMER MUÑOZ, TITULAR DE LA SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES Y POR EL LIC. JUAN CLAUDIO DELGADO ORTÍZ MENA, TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES, Y POR EL DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS AL PERSONAL, LIC. ARMANDO DE LUNA POR LA OTRA PARTE _____, EN LO SUCESIVO “LA INSTITUCIÓN”, REPRESENTADO POR EL _____, AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

I. DECLARA “EL CONSEJO” QUE:

I.1. DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 94 PÁRRAFO SEGUNDO Y 100 PÁRRAFO PRIMERO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; ASÍ COMO 68 Y 81 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, ES EL ÓRGANO ENCARGADO DE LA ADMINISTRACIÓN, VIGILANCIA, DISCIPLINA Y CARRERA JUDICIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, CON EXCEPCIÓN DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN Y DEL TRIBUNAL ELECTORAL, CON INDEPENDENCIA TÉCNICA, DE GESTIÓN Y PARA EMITIR SUS RESOLUCIONES.

I.2. EL LIC. MALCOLM ALFREDO HEMMER MUÑOZ, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES Y EL LIC. JUAN CLAUDIO DELGADO ORTÍZ MENA, EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES, CUENTAN CON FACULTADES PARA LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 18 FRACCIÓN I DEL ACUERDO GENERAL 6/2009, DEL PLENO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL QUE ESTABLECE LAS BASES PARA QUE LAS ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA, SE AJUSTEN A LOS CRITERIOS CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ASÍ COMO EN LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS, 77 FRACCIÓN XI Y 132, FRACCIÓN XI DEL ACUERDO GENERAL DEL PLENO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL, QUE REGLAMENTA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROPIO CONSEJO, RESPECTIVAMENTE.

I.3. LA ADJUDICACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO SE REALIZÓ A TRAVÉS DEL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL No. 03110002-0XX-11, CONTANDO CON LA AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL, DADA EN SU TRIGÉSIMA NOVENA SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EL DIECISIETE DE NOVIEMBRE DE DOS MIL NUEVE SEGÚN CONSTA EN EL CAASO/DGRMSG/___/___-2011-PA-, PREVIO ACUERDO DE LA COMISIÓN DE ADMINISTRACIÓN, EMITIDO EN SU TRIGÉSIMA SESIÓN ORDINARIA DE FECHA ___ DE ___ DE DOS MIL ONCE, EN TÉRMINOS DEL OFICIO NO. STCA/___/2011, QUE SE ACOMPAÑAN AL PRESENTE CONTRATO, CUYA COPIA SIMPLE SE INTEGRA AL PRESENTE CONTRATO COMO ANEXO 1.

I.4. CUENTA CON LA DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL PARA HACER FRENTE A LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL PRESENTE CONTRATO, A TRAVÉS DE LA PARTIDA PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE, SEGÚN CONSTA EL OFICIO NO. SEF/DGPP/DCEP/___/2011 DEL ___ DE ___ DE 2011 EMITIDO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO, CUYA COPIA SIMPLE SE ADJUNTA AL PRESENTE CONTRATO COMO ANEXO 2

I.5. LA MODALIDAD DE CONTRATO ABIERTO FUE AUTORIZADA POR EL COMITÉ DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS, OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS MEDIANTE CAASO/DGRMSG/___/___-2011-PA-, GENERADO EN LA ___ SESIÓN ORDINARIA CELEBRADA EN FECHA ___ DE ___ Y ___ DE ___ DE 2011, RESPECTIVAMENTE ANEXO 3

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

I.6. NO LE CORRESPONDE OTORGAR GARANTÍAS NI EFECTUAR DEPÓSITOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES DE PAGO, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 56 DE LA LEY FEDERAL DE PRESUPUESTO Y RESPONSABILIDAD HACENDARIA, Y 55 DEL ACUERDO GENERAL 66/2006, DEL PLENO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL, QUE REGLAMENTA EL PROCESO PRESUPUESTARIO EN EL PROPIO CONSEJO.

I.7. SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BAJO EL NÚMERO CJF950204TL0, CUYA COPIA SIMPLE SE AGREGA COMO ANEXO 4.

I.8. SEÑALA COMO SU DOMICILIO, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR, EL UBICADO EN AVENIDA INSURGENTES SUR NO. 2417, COLONIA TIZAPÁN SAN ÁNGEL, DELEGACIÓN ALVARO OBREGÓN, CÓDIGO POSTAL 01000, EN MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

II.- DECLARA "LA INSTITUCIÓN" QUE:

II.1. ES UNA PERSONA MORAL CONSTITUIDA CONFORME A LAS LEYES MEXICANAS BAJO LA FORMA DE SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE COMO CONSTA EN LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO _____ DE _____ DE _____ DE _____, OTORGADA ANTE LA FE DEL LIC. _____, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO _____, DEL _____, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE COMERCIO DEL _____. BAJO LOS SIGUIENTES DATOS: FOLIO MERCANTIL NO. _____ DEL ____ DE _____ DE _____, CUYA COPIA SIMPLE SE INTEGRA AL PRESENTE CONTRATO COMO ANEXO 4.

II.2. SU OBJETO SOCIAL COMPRENDE, ENTRE OTROS, LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO LOS QUE SON OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, PARA LO CUAL CUENTA CON LOS RECURSOS MATERIALES, FINANCIEROS, EL PERSONAL CALIFICADO, CON LA EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS NECESARIOS, ASÍ COMO CON EL EQUIPO Y DEMÁS ELEMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS MISMOS.

II.3. EL C. _____ ACREDITA SU PERSONALIDAD COMO APODERADO LEGAL EN TÉRMINOS DE LA ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO _____ OTORGADA ANTE LA FE DEL _____, NOTARIO PÚBLICO NÚMERO _____, DE LA _____, INSCRITA EN EL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y DEL COMERCIO DEL _____ BAJO LOS SIGUIENTES DATOS FOLIO MERCANTIL _____ DE FECHA ____ DE _____ DE _____, CUYA COPIA SIMPLE SE INTEGRA AL PRESENTE CONTRATO, CON EL QUE ACREDITA LAS FACULTADES CON QUE CUENTA PARA SUSCRIBIR EL PRESENTE CONTRATO Y ADQUIRIR EN NOMBRE DE SU REPRESENTADA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE EN EL MISMO SE ESTIPULAN, MANIFESTANDO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE NO LE HAN SIDO REVOCADAS NI LIMITADAS EN FORMA ALGUNA. ANEXO 5.

II.4. CONOCE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROCEDIMIENTO DE DONDE DERIVÓ LA ADJUDICACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO. ASIMISMO, ACEPTA Y RECONOCE QUE LA RELACIÓN CONTRACTUAL SE RIGE POR LAS DISPOSICIONES DEL ACUERDO GENERAL 6/2009 DEL PLENO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL QUE ESTABLECE LAS BASES PARA QUE LAS ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, OBRA PÚBLICA Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA, SE AJUSTEN A LOS CRITERIOS CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

II.5. BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTA QUE NO SE ENCUENTRA EN NINGUNO DE LOS SUPUESTOS QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 50 DEL ACUERDO GENERAL 6/2009 QUE CONSTITUYAN IMPEDIMENTOS PARA CELEBRAR CONTRATOS CON "EL CONSEJO".

II.6. SE ENCUENTRA INSCRITA EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES BAJO LA CLAVE _____ SEGÚN CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL, CUYA COPIA SIMPLE SE INTEGRA AL PRESENTE CONTRATO COMO ANEXO 6.

II.7. PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN _____, COLONIA _____, DELEGACIÓN _____, CÓDIGO POSTAL _____, _____, _____, LO QUE ACREDITA EN TÉRMINOS DEL COMPROBANTE CONSISTENTE EN RECIBO DE TELÉFONO QUE SE ADJUNTA AL PRESENTE CONTRATO COMO ANEXO 7.

III. DECLARACIÓN CONJUNTA:

QUE ES SU VOLUNTAD CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO Y QUE LIBRES DE CUALQUIER TIPO DE COACCIÓN FÍSICA O MORAL ESTÁN CONFORMES EN SUJETAR SUS OBLIGACIONES AL CONTENIDO DE LAS SIGUIENTES:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.

“EL CONSEJO” ENCOMIENDA A “LA INSTITUCIÓN” Y ÉSTA SE OBLIGA A REALIZAR PARA ÉL, LOS SERVICIOS DE SEGURO DE _____ CONFORME A LO ESTABLECIDO EN ESTE CONTRATO Y EN LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NO. 03110002-0XX-11, ESPECÍFICAMENTE EN EL ANEXO __, EL ACTA DE ACLARACIONES DEL __ DE _____ DE 2011; ASÍ COMO EN LAS PROPUESTAS TÉCNICA Y ECONÓMICA DE “LA INSTITUCIÓN” DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN AL PRESENTE COMO “1”, “2”, “3”, “4” Y “5”, Y QUE FORMAN PARTE INTEGRAL DEL MISMO.

LA CANTIDAD DE ASEGURADOS MÍNIMOS Y MÁXIMOS DEL PERSONAL QUE PODRÁ CONTRATARSE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO SERÁ:

CANTIDAD DE ASEGURADOS DURANTE EL EJERCICIO FISCAL 2012

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL	
MÍNIMO	MÁXIMO

CANTIDAD DE ASEGURADOS DURANTE EL EJERCICIO FISCAL 2013

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL	
MÍNIMO	MÁXIMO

CANTIDAD DE ASEGURADOS DURANTE EL EJERCICIO FISCAL 2014

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL	
MÍNIMO	MÁXIMO

CANTIDAD DE ASEGURADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL	
MÍNIMO	MÁXIMO

SEGUNDA.- TARIFAS INDIVIDUALES.

AMBAS PARTES SE COMPROMETEN A QUE LAS TARIFAS SERÁN FIJAS DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN LA OFERTA ECONÓMICA (ANEXO 5) DEL PRESENTE INSTRUMENTO, DURANTE LA VIGENCIA DEL MISMO.

TERCERA.- VIGENCIA.

LAS PARTES CONVIENEN QUE TANTO LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO, COMO LOS SERVICIOS DERIVADOS DE ÉSTE COMPRENDERÁ DE LAS 12:00 HORAS DEL DÍA 31 DE DICIEMBRE DEL 2011 HASTA LAS 12:00 HORAS DEL DÍA 31 DE DICIEMBRE DE 2014.

LA CARTA COBERTURA EMITIDA POR “**LA INSTITUCIÓN**” TENDRÁ VIGENCIA DESDE EL INICIO DEL PERIODO DE LA PÓLIZA Y HASTA QUE SEA ENTREGADA LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE.

DURANTE DICHO PERIODO LAS COBERTURAS QUE AMPARA LA PÓLIZA DE SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS Y VIDA SE HARÁN EFECTIVAS CON LA SOLA PRESENTACIÓN DE UNA IDENTIFICACIÓN VIGENTE CON FOTOGRAFÍA.

CUARTA. LUGAR Y FORMA DE PAGO.

“EL CONSEJO” PAGARÁ EL IMPORTE CONVENIDO EN EL DOMICILIO UBICADO EN AVENIDA INSURGENTES SUR NO. 2065, COLONIA SAN ÁNGEL, DELEGACIÓN ÁLVARO OBREGÓN, C.P. 01000, MÉXICO, DISTRITO FEDERAL.

LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES A LA PARTIDA 1 (SUBPARTIDA 1.1, 1.2 Y 1.3), SE CUBRIRÁN POR “**EL CONSEJO**”, MEDIANTE PAGOS ANUALES ADELANTADOS SUJETOS A LO DESCRITO EN LA CLÁUSULA QUINTA DEL PRESENTE CONTRATOS, CORRESPONDIENTES A LAS PRIMAS DE SEGUROS BÁSICAS, CONFORME A LO SIGUIENTE:

- I. PARA EL EJERCICIO 2012, DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE PREVIA SOLICITUD DE “**EL CONSEJO**”, LO QUE DEBERÁ OCURRIR A MÁS TARDAR EL 31 DE ENERO DE 2012.
- II. PARA EL EJERCICIO 2013, DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE PREVIA SOLICITUD DE “**EL CONSEJO**”, LO QUE DEBERÁ OCURRIR A MÁS TARDAR EL 31 DE ENERO DE 2013.
- III. PARA EL EJERCICIO 2014, DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE PREVIA SOLICITUD DE “**EL CONSEJO**”, LO QUE DEBERÁ OCURRIR A MÁS TARDAR EL 31 DE ENERO DE 2014.

EL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PARA LOS EJERCICIOS 2012, 2013 Y 2014, ESTARÁ SUJETO PARA FINES DE SU EJECUCIÓN Y PAGO, AL PRESUPUESTO QUE APRUEBE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS, ASÍ COMO AL CALENDARIO DE GASTO QUE SE AUTORICE AL PJF, QUEDANDO EN EL ENTENDIDO QUE NO SUFRIRÁ PENALIZACIÓN ALGUNA POR LA VARIACIÓN QUE OCURRA EN LAS ASIGNACIONES PRESUPUESTALES POR LA CONFORMACIÓN Y MONTO DEL PRESUPUESTO QUE SEA APROBADO.

PARA EL CASO DE LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES A LA PRIMA BÁSICA DE LA SUBPARTIDA 1.5 SE CUBRIRÁN POR PARTE DE “**EL CONSEJO**”, MEDIANTE PAGOS QUINCENALES DE CONFORMIDAD CON EL CALENDARIO QUE SE ACUERDE CON CADA INSTANCIA.

PARA LA PARTIDA 1 (SUBPARTIDA 1.4), EL PAGO SE PODRÁ REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA VÍA ELECTRÓNICA O DEPÓSITO BANCARIO A LA CUENTA BANCARIA QUE EL PROVEEDOR ADJUDICADO PROPORCIONE A “**EL CONSEJO**”. LOS ASEGURADOS CUBRIRÁN LAS

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

PRIMAS CORRESPONDIENTES DE ACUERDO A LA FORMA DE PAGO SOLICITADA, ES DECIR, MENSUAL, TRIMESTRAL, SEMESTRAL O DE CONTADO.

CON RESPECTO A LAS PRIMAS DE SEGUROS ADICIONALES CONTRATADAS POR LOS SERVIDORES PÚBLICOS (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA, HIJOS MAYORES DE 25 AÑOS DE EDAD Y/O ASCENDIENTES), ÉSTAS PODRÁN SER CUBIERTAS MEDIANTE DESCUENTO POR NÓMINA, DE CONFORMIDAD CON EL CALENDARIO DE PAGO ESTABLECIDO POR “EL CONSEJO” O DE CONTADO MEDIANTE DEPÓSITO BANCARIO DIRECTAMENTE A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ADJUDICADA.

LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES A LA PARTIDA 2 (SUBPARTIDAS 2.1 Y 2.2), SE CUBRIRÁN POR “EL CONSEJO” MEDIANTE PAGOS ANUALES ADELANTADOS SUJETOS A LO DESCRITO EN LA CLÁUSULA QUINTA DEL PRESENTE CONTRATO, CORRESPONDIENTES A LAS PRIMAS DE SEGUROS BÁSICAS, CONFORME A LO SIGUIENTE:

I. PARA EL EJERCICIO 2012, DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE PREVIA SOLICITUD DE “EL CONSEJO”, LO QUE DEBERÁ OCURRIR A MÁS TARDAR EL 31 DE ENERO DE 2012.

II. PARA EL EJERCICIO 2013, DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE PREVIA SOLICITUD “EL CONSEJO”, LO QUE DEBERÁ OCURRIR A MÁS TARDAR EL 31 DE ENERO DE DE 2013.

III. PARA EL EJERCICIO 2014, DENTRO DE LOS 20 DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA CORRESPONDIENTE PREVIA SOLICITUD DE “EL CONSEJO”, LO QUE DEBERÁ OCURRIR A MÁS TARDAR EL 31 DE ENERO DE DE 2014.

EL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PARA LOS EJERCICIOS 2012, 2013 Y 2014, ESTARÁ SUJETO PARA FINES DE SU EJECUCIÓN Y PAGO, AL PRESUPUESTO QUE APRUEBE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS, ASÍ COMO AL CALENDARIO DE GASTO QUE SE AUTORICE AL PJF, QUEDANDO EN EL ENTENDIDO QUE NO SUFRIRÁ PENALIZACIÓN ALGUNA POR LA VARIACIÓN QUE OCURRA EN LAS ASIGNACIONES PRESUPUESTALES POR LA CONFORMACIÓN Y MONTO DEL PRESUPUESTO QUE SEA APROBADO.

EN EL CASO DE LOS ENDOSOS QUE SE GENEREN POR INCLUSIÓN DE BIENES O COBERTURAS A LAS PÓLIZAS ESTABLECIDAS EN LAS SUBPARTIDAS 2.1 Y 2.2, DEBERÁN CONTEMPLAR EL COBRO DE LA PRIMA DESDE EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y HASTA LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA, ES DECIR, HASTA LAS 12 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2014.

PARA LA PARTIDA 2 (SUBPARTIDAS 2.3 Y 2.4), “EL CONSEJO”, ACORDARÁN CON LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE SEA ADJUDICADA, EL NÚMERO DE QUINCENAS A DESCONTAR.

LAS FACTURAS DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS LEGALES Y FISCALES CORRESPONDIENTES Y PRESENTARSE A NOMBRE Y ANTE CADA UNO DE LOS ÓRGANOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, PARA LO CUAL EN EL GLOSARIO SE PRESENTAN LOS DOMICILIOS Y DATOS FISCALES DE CADA UNO.

QUINTA. RECURSOS ECONÓMICOS.

EL EJERCICIO DE LOS RECURSOS PARA LOS EJERCICIOS 2012, 2013 Y 2014, ESTARÁ SUJETO PARA FINES DE SU EJECUCIÓN Y PAGO, AL PRESUPUESTO QUE APRUEBE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS, ASÍ COMO AL CALENDARIO DE GASTO QUE SE AUTORICE A “EL CONSEJO”, QUEDANDO EN EL ENTENDIDO QUE NO SUFRIRÁ PENALIZACIÓN ALGUNA POR LA VARIACIÓN QUE OCURRA EN LAS ASIGNACIONES PRESUPUESTALES POR LA CONFORMACIÓN Y MONTO DEL PRESUPUESTO QUE SEA APROBADO.

SEXTA.- REUNIONES DE TRABAJO.

AMBAS PARTES SE COMPROMETEN A REALIZAR ENTRE LAS PERSONAS QUE DESIGNE PARA TAL EFECTO LA DIRECCIÓN QUE ESTÉ ENCARGADA DE LA ADMINISTRACIÓN DE LAS PÓLIZAS DE CADA

INSTANCIA ADMINISTRATIVA DE "EL CONSEJO" Y LOS EJECUTIVOS DE CUENTA Y COORDINADORES DE "LA INSTITUCIÓN" REUNIONES DE TRABAJO CON EL OBJETO DE ANALIZAR LA OPERACIÓN DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO EL DESAHOGO DE ASUNTOS ESPECÍFICOS. DICHAS REUNIONES SE LLEVARÁN A CABO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. LOS CALENDARIOS DE DICHAS REUNIONES SE PACTARÁN CON "EL CONSEJO".

SÉPTIMA.- PENA CONVENCIONAL

- EN LO GENERAL, Y EN LOS CASOS NO PREVISTOS, SE APLICARÁ UNA PENA CONVENCIONAL POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE LA INSTITUCIÓN EQUIVALENTE AL MONTO QUE RESULTE DE APLICAR EL DIEZ AL MILLAR DIARIO A LA CANTIDAD QUE IMPORTEN LOS SERVICIOS NO PRESTADOS, DICHA CANTIDAD SE DESCANTARÁ DEL PAGO DEBIDO A LA INSTITUCIÓN SIN PERJUICIO DE EJERCER LAS ACCIONES LEGALES QUE CORRESPONDAN. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO PARCIAL, LA PENA SE AJUSTARÁ PROPORCIONALMENTE A LOS CASOS INCUMPLIDOS QUE PROCEDAN.

PARA LAS SUBPARTIDAS 1.1 Y 1.2, EL RETRASO EN LOS SERVICIOS AL PROGRAMA DE PLÁTICAS PARA EL USO DEL SEGURO, SE SANCIONARÁ POR "EL CONSEJO" CON UNA PENA CONVENCIONAL DE \$1,042.90 (UN MIL CUARENTA Y DOS PESOS 90/100 M.N.) POR CADA LOCALIDAD EN QUE SE HUBIESE PRESENTADO EL RETRASO, IMPUTABLE A LA "LA INSTITUCIÓN" EN LA FECHA ORIGINALMENTE PACTADA. ESTO ES EN EL ENTENDIDO DE QUE, SI POR CAUSAS DE FUERZA MAYOR, "LA INSTITUCIÓN", SOLICITARA UN CAMBIO A UNA FECHA ESTABLECIDA CON ANTERIORIDAD, CON "EL CONSEJO" PODRÁ ACEPTAR EL CAMBIO DE FECHAS, SIEMPRE Y CUANDO LA SOLICITUD DE CAMBIO SEA PRESENTADA POR "LA INSTITUCIÓN" CON AL MENOS 15 DÍAS NATURALES DE ANTICIPACIÓN. LA PENA CONVENCIONAL NO PODRÁ EXCEDER DEL 10% DEL MONTO DEL CONTRATO.

- EL INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE PÓLIZAS DE CONTRATACIÓN O RENOVACIÓN, SE SANCIONARÁ POR "EL CONSEJO" EN LA QUE SE PRESENTE EL INCUMPLIMIENTO, CON UNA PENA CONVENCIONAL DE \$104.29 (CIENTO CUATRO PESOS 29/100 M.N.) POR CADA CERTIFICADO POR CADA DÍA HÁBIL DE RETRASO EN LA ENTREGA DE LOS MISMOS, EL CUAL, NO PODRÁ EXCEDER DEL 10% DEL MONTO DEL CONTRATO.

EL INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE LAS PÓLIZAS POSTERIORES AL INICIO DE CADA VIGENCIA SE SANCIONARÁ POR "EL CONSEJO" EN LA QUE SE PRESENTE EL INCUMPLIMIENTO, CON UNA PENA CONVENCIONAL DE \$31.28 (TREINTA Y UN PESOS 28/100 M.N.) POR CADA CERTIFICADO POR CADA DÍA HÁBIL DE RETRASO DE LOS MISMOS, EL CUAL NO PODRÁ EXCEDER DEL 10% DEL MONTO DEL CONTRATO.

OCTAVA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.

LAS PARTES CONVIENEN EN QUE EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ DARSE POR TERMINADO EN FORMA ANTICIPADA, POR EL MUTUO CONSENTIMIENTO DE ÉSTAS, SIEMPRE Y CUANDO "LA INSTITUCIÓN" NO HAYA INCURRIDO EN UNA CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO.

ASIMISMO, "EL CONSEJO" PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE ESTE CONTRATO, SIN INCURRIR EN RESPONSABILIDAD, CUANDO CONCURRAN RAZONES DE ORDEN PÚBLICO O INTERÉS GENERAL, POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR O CUANDO SE EXTINGA LA NECESIDAD DE REQUERIR EL SERVICIO CONTRATADO Y ADEMÁS, DE QUE DE CONTINUAR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS, SE OCASIONARA ALGÚN DAÑO O PERJUICIO A "EL CONSEJO".

NOVENA.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

"LA INSTITUCIÓN" SE OBLIGA A MANTENER EN SECRETO LA INFORMACIÓN QUE LE PROPORCIONE "EL CONSEJO" CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO, SIENDO RESPONSABLE DE LA DIFUSIÓN NO AUTORIZADA DE DICHA INFORMACIÓN, RESPONDIENDO DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE CAUSE POR ESE MOTIVO. ESTA CONFIDENCIALIDAD SERÁ PERMANENTE Y NO CESARÁ CON LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

“LA INSTITUCIÓN” ASUME LA OBLIGACIÓN, A LA TERMINACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO, DE DEVOLVER TODOS LOS DOCUMENTOS, PAPELES Y/O CUALQUIER INFORMACIÓN ESCRITA, O ALMACENADA EN CUALQUIER OTRO MEDIO QUE OBRE EN SU PODER Y QUE LE HAYA SIDO PROPORCIONADA POR **“EL CONSEJO”** PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO, DENTRO DE LOS QUINCE DÍAS HÁBILES A QUE LE SEA SOLICITADA, EN SU CASO, POR **“EL CONSEJO”**.

DÉCIMA.- RELACIÓN DE ANEXOS.

SE CONSIDERAN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE CONTRATO, LAS PÓLIZAS DEL SEGURO DE LAS PÓLIZAS DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL OPERATIVO, SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES, SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS, SEGURO VOLUNTARIO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE SERVIDORES PÚBLICOS, SEGUROS DE VIDA INSTITUCIONAL, SEGURO DE BIENES PATRIMONIALES DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, SEGURO INSTITUCIONAL DE VEHÍCULOS PROPIEDAD DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS PARTICULARES DE SERVIDORES PÚBLICOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN Y SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN PROPIEDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN DE **“EL CONSEJO”**, LAS BASES DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL NO. 03110002-0XX-11, EL ACTA DE ACLARACIONES DEL ___ DE _____ DE 2011, Y LAS PROPUESTAS TÉCNICA Y ECONÓMICA DE **“LA INSTITUCIÓN”**.

DÉCIMA PRIMERA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO.

CUALQUIER MODIFICACIÓN A LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONTRATO SERÁ ESTABLECIDA POR MUTUO ACUERDO DE LAS PARTES Y MEDIANTE CONVENIO ESCRITO DEBIDAMENTE FIRMADO POR SUS REPRESENTANTES Y DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 115, DEL ACUERDO GENERAL 6/2009 DEL PLENO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL QUE ESTABLECE LAS BASES PARA QUE LAS ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, OBRA PÚBLICA Y LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA, SE AJUSTEN A LOS CRITERIOS CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

DÉCIMA SEGUNDA.- SOLICITUD DE INFORMACIÓN

“LA INSTITUCIÓN” SE COMPROMETE A ENTREGAR A **“EL CONSEJO”** EN UN PLAZO NO MAYOR A DIEZ DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD, CUALQUIER INFORMACIÓN QUE SE VINCULE CON EL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, RESPETANDO EN TODO MOMENTO LO RELATIVO A LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO.

DÉCIMA TERCERA.- RECONOCIMIENTO CONTRACTUAL

CON EXCEPCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN ESTE CONTRATO Y SUS ANEXOS, **“EL CONSEJO”** NO ADQUIERE NI RECONOCE OTRAS DISTINTAS EN FAVOR DE **“LA INSTITUCIÓN”**, CONVINIÉNDOSE POR LAS PARTES QUE CUALQUIER SITUACIÓN NO REGULADA EN EL PRESENTE INSTRUMENTO PERO RELACIONADA CON EL MISMO, SERÁ RESUELTA CONFORME A LA NORMATIVIDAD CONTENIDA EN EL ACUERDO GENERAL NO. 6/2009.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO, ADEMÁS DE LOS ANEXOS QUE SE RELACIONAN, LAS BASES DEL PROCEDIMIENTO DE DONDE HAYA DERIVADO LA ADJUDICACIÓN, LAS ACLARACIONES QUE SE HAYAN FORMULADO, ASÍ COMO LA OFERTA TÉCNICA Y ECONÓMICA DEL **“LA INSTITUCIÓN”**

DÉCIMA CUARTA.- RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.

“EL CONSEJO” EN TODO MOMENTO PODRÁ RESCINDIR ESTE CONTRATO, SIN NECESIDAD DE DECLARACIÓN JUDICIAL EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE **“LA INSTITUCIÓN”** A CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO.

DÉCIMA QUINTA.- DEVOLUCIÓN DE PRIMAS NO DEVENGADAS

EN LOS SUPUESTOS DE RESCISIÓN O TERMINACIÓN ANTICIPADA DE EL PRESENTE CONTRATO, **“LA INSTITUCIÓN”** SE OBLIGA A REINTEGRAR LAS PRIMAS PAGADAS NO DEVENGADAS A **“EL CONSEJO”** EN UN PLAZO NO MAYOR DE 15 DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LE SEA COMUNICADA LA RESCISIÓN O TERMINACIÓN DE LOS CONTRATOS.

EN EL CASO DE RESCISIÓN, EL REINTEGRO DEBERÁ REALIZARSE CONSIDERANDO LOS INTERESES GENERADOS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN. EN EL SUPUESTO DE TERMINACIÓN SI LOS IMPORTES NO SE DEVUELVEN EN EL PLAZO SEÑALADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR TAMBIÉN CAUSARÁN INTERESES EN LA FORMA DESCRITA Y HASTA EN TANTO NO SE DEVUELVAN DICHOS IMPORTES.

DÉCIMA SEXTA.- SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS.

“EL CONSEJO” EN TODO MOMENTO TENDRÁ EL DERECHO DE SUPERVISAR LOS SERVICIOS MATERIA DEL PRESENTE CONTRATO, GOZANDO DE FACULTADES PARA EXIGIR LAS CORRECCIONES QUE ESTIME PERTINENTES A FIN DE GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS MISMOS Y QUE SE PRESTEN EN LOS TÉRMINOS ESPECIFICADOS Y DENTRO DE LOS PERÍODOS ESTABLECIDOS.

DÉCIMA SÉPTIMA.- RELACIÓN LABORAL.

“LA INSTITUCIÓN” COMO PATRÓN DEL PERSONAL QUE OCUPE PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES A SU CARGO PREVISTAS EN EL CONTRATO, SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS DISPOSICIONES LABORALES Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, EN RELACIÓN CON DICHO PERSONAL POR LO QUE RESPONDERÁ DE TODAS LAS RECLAMACIONES QUE SUS TRABAJADORES PRESENTASEN EN SU CONTRA O EN CONTRA DE **“EL CONSEJO”**.

DÉCIMA OCTAVA.- CESIÓN DE DERECHOS.

“LA INSTITUCIÓN” NO PODRÁ CEDER EN FORMA PARCIAL O TOTAL LOS DERECHOS U OBLIGACIONES QUE ADQUIERE CON MOTIVO DE LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO, SALVO LOS DERECHOS DE COBRO, EN CUYO CASO SE REQUERIRÁ PREVIAMENTE DE LA CONFORMIDAD EXPRESA Y POR ESCRITO DE **“EL CONSEJO”**.

DÉCIMA NOVENA.- PATENTES, MARCAS Y DERECHOS DE AUTOR.

“LA INSTITUCIÓN” ASUME TODA RESPONSABILIDAD POR LAS VIOLACIONES QUE SE PUDIERAN CAUSAR EN MATERIA DE PATENTES, MARCAS Y DERECHOS DE AUTOR, CON RESPECTO AL USO DE BIENES O TÉCNICAS QUE LLEGARA A UTILIZAR PARA PROPORCIONAR EL SERVICIO OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, POR LO QUE LIBERA A **“EL CONSEJO”** DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD QUE PUDIERA SURGIR AL RESPECTO.

VIGÉSIMA.- TRIBUNALES COMPETENTES.

PARA LA INTERPRETACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN ESTE CONTRATO, LAS PARTES SE SOMETEN EXPRESAMENTE A LAS RESOLUCIONES DEL PLENO DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, EN TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 11, FRACCIÓN XX DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

LEÍDO POR LAS PARTES EL PRESENTE CONTRATO Y DEBIDAMENTE ENTERADAS DE SU CONTENIDO Y ALCANCES, LO SUSCRIBEN DE CONFORMIDAD EN TRES TANTOS EN ORIGINAL, EN LA CIUDAD DE MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, A LOS ____ DÍAS DEL MES DE ____ DE 2011 CON EFECTOS RETROACTIVOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO QUE SE SUSCRIBE.

FIRMAS

POR "EL CONSEJO"

POR "LA INSTITUCIÓN"

LIC. MALCOLM ALFREDO HEMMER MUÑOZ
TITULAR DE LA SECRETARÍA EJECUTIVA DE
OBRA, RECURSOS MATERIALES Y
SERVICIOS GENERALES

C. _____
REPRESENTANTE LEGAL

LIC. JUAN CLAUDIO DELGADO
TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE
RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS
GENERALES

LIC. ARMANDO DE LUNA
TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE
SERVICIOS AL PERSONAL

ANEXO 5

CARTA PROTESTA

Consejo de la Judicatura Federal
Presente

Texto para persona Moral:

(Nombre del representante legal) en mi carácter de representante legal de la empresa denominada (razón social o nombre de la empresa) declaro, bajo protesta de decir verdad que la persona que represento, ni ninguno de sus socios, accionistas, apoderados o empleados, desempeñan un empleo, cargo o comisión en el servicio público, ni se encuentran inhabilitadas, ni se encuentran en ninguno de los supuestos señalados en el punto 2.3. de las bases de la **Licitación Pública Nacional No. _____**, ni del Artículo 50 del Acuerdo General 6/2009 del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que establece las Bases para que las adquisiciones, arrendamiento de bienes muebles, prestación de servicios, obra pública y los servicios relacionados con la misma, se ajusten a los criterios contemplados en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

A t e n t a m e n t e
(Firma y Fecha)

NOTA: La falsedad en la manifestación a que se refiere esta carta, será sancionada en los términos del Acuerdo General. En caso de omisión en la entrega de este escrito, o si de la información y documentación con que cuente el Consejo se desprende que pretenden evadir los efectos de la inhabilitación, la DRM se abstendrá de firmar los contra-pedidos correspondientes.

ANEXO 6

DECLARACIÓN UNILATERAL DE INTEGRIDAD

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

(Papel membretado del licitante)

__(Fecha)__

_____(Nombre)_____ en mi carácter de _____(cargo)_____ de la empresa _____(nombre de la empresa)_____:

Declaro bajo protesta de decir verdad, que en la Licitación Pública No. _____ relativa a "_____", nos abstendremos de realizar conductas, por nosotros mismos o a través de interpósita persona, para que los servidores públicos de _____ induzcan o alteren las evaluaciones de las propuestas, el resultado de los procedimientos u otros aspectos que nos otorguen indebidamente condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.

Por lo anterior, estamos de acuerdo en dar a Transparencia Mexicana A.C., acceso irrestricto a toda la información que se genere con motivo del procedimiento de licitación y aceptamos su participación como Testigo Social en todos los eventos, reuniones y en cada una de las etapas del proceso, desde la elaboración de las Bases de Invitación, la Junta de Aclaraciones y visitas al sitio, el Acto de Recepción y Apertura de las Propuestas, la revisión y evaluación de las Propuestas, los Dictámenes Resolutivo Legal, Financiero, Técnico y Económico, el Fallo, la firma del contrato, y en cualquier otro evento, previo o posterior, vinculado con esta licitación.

_____(Nombre)_____
_____(Cargo)_____
_____(Empresa)_____

LA PRESENTE DECLARACIÓN DEBERÁ SER FIRMADA POR EL DIRECTOR GENERAL DE LA EMPRESA O EQUIVALENTE.

ANEXO 7

OFERTA ECONÓMICA

7.1. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FUNCIONARIOS SUPERIORES, MANDOS MEDIOS, ASÍ COMO PERSONAL OPERATIVO DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

MONTO DE SUMA ASEGURADA.

Conforme a los cuadros de población asegurada adjuntos.

COBERTURAS QUE SE DEBERÁN OTORGAR PARA LAS SUBPARTIDAS 1.1 Y 1.2.

En relación con las subpartidas 1.1 y 1.2 en base a las condiciones generales adjuntas, considerando que la prima de seguro básica del Titular, Cónyuge y hasta 4 hijos dependientes económicos menores de 25 años de edad será cubierta por el Consejo, la Corte y el Tribunal, respectivamente, señalando que a partir del quinto hijo la prima de seguro deberá ser sin costo alguno para las Instituciones señaladas ni para el asegurado Titular.

Pólizas en exceso para ambas subpartidas (1.1 y 1.2)

Deberán presentar cotización de póliza de seguro de gastos médicos mayores sin límite de suma asegurada, siendo esta opción adicional de incremento de suma asegurada y por tanto los titulares, cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida de la legislación civil) no tendrán límite de edad, así como la de los hijos será hasta los 25 años de edad.

PRIMAS A CARGO AL SERVIDOR PÚBLICO:

El costo de las primas a cargo de los servidores públicos correspondientes a la potenciación de suma asegurada (titular, cónyuge, hijos, padres del titular y del cónyuge), así como el aseguramiento de hijos mayores de 25 años, padres del titular y del cónyuge, no podrá ser mayor a las tarifas actuales, conforme a los cuadros que se adjuntan en medio magnético.

En caso de ofertar tarifas con costos menores por estos conceptos deberá acompañar el tarifario correspondiente.

DEDUCIBLES Y COASEGUROS

Póliza para Funcionarios Superiores y Mandos Medios:

República Mexicana:

Participación obligatoria del asegurado de acuerdo a lo siguiente:

- o Para titulares, cónyuges e hijos deberá aplicarse 2 SMGMVDF.
- o Para ascendientes (padres y/o suegros) deberá aplicarse 3 SMGMVDF.

El Coaseguro no es obligatorio, aplicará de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.

Cobertura Internacional:

- o Deducible 3 SMGMVDF y 20% de coaseguro solo en caso de enfermedad.

Póliza para Personal Operativo:

República Mexicana:

No tiene cobertura internacional.

Participación obligatoria del asegurado de acuerdo a lo siguiente:

- o Para titulares, cónyuges e hijos deberá aplicarse 1 SMGMVDF.
- o Para ascendientes (padres y/o suegros) deberá aplicarse 3 SMGMVDF.

El Coaseguro no es obligatorio, aplicará de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.

Costos de prima básica e incremento de suma asegurada, para las subpartidas 1.1 y 1.2.

Los licitantes deberán presentar el costo de la prima de seguro individual por cada tipo de asegurado, dichos costos tendrán que presentarse desde la suma básica asegurada de 111 SMGMVDF y hasta la de 1000 SMGMVDF.

7.2. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MINISTROS MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

MONTO DE SUMA ASEGURADA.

Conforme a los cuadros de población asegurada adjuntos.

COBERTURAS QUE SE DEBERÁN OTORGAR.

Cotizar en base a las condiciones generales adjuntas.

DEDUCIBLES Y COASEGUROS

República Mexicana:

1 SMGMVDF

El Coaseguro 10%, de acuerdo a condiciones generales.

Cobertura Internacional:

1 SMGMVDF

Aplicación Coaseguro 10%, de acuerdo a condiciones generales de la póliza.

Costos de prima básica e incremento de suma asegurada, para la subpartida 1.3.

Los licitantes deberán presentar el costo de la prima de seguro individual por cada tipo de asegurado, dichos costos tendrán que presentarse desde la suma básica asegurada de 333, y hasta la de 1500 SMGMVDF

PRIMAS A CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO:

El costo de las primas a cargo de los servidores públicos correspondientes a la potenciación, de suma asegurada (titular, cónyuge, hijos menores de 25 años o incapaces), no podrán ser mayores a las tarifas actuales, conforme a los cuadros que se adjuntan en medio magnético.

En caso de ofertar tarifas con costos menores por estos conceptos deberá acompañar el tarifario correspondiente.

7.3. SEGURO VOLUNTARIO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE SERVIDORES PÚBLICOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

MONTO DE SUMA ASEGURADA.

Conforme a los cuadros de población asegurada adjuntos.

DEDUCIBLES Y COASEGUROS

República Mexicana:

2 SMGMVDF

El Coaseguro no es obligatorio, está en base a las condiciones generales.

EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO:

Suma Asegurada

50,000 Dólares.

Deducible 50 Dólares

Costos de prima básica e incremento de suma asegurada, para la subpartida 1.4.

Los licitantes deberán presentar el costo de la prima de seguro individual por cada tipo de asegurado, dichos costos tendrán que presentarse desde la suma básica asegurada de 379, y hasta la de 1500 SMGMVDF

7.4. SEGURO DE VIDA O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

La compañía de seguros ganadora deberá entregar una carta cobertura a cada Instancia durante los dos días siguientes al fallo, en la cual se especifique la confirmación de la aceptación del riesgo establecido en las presentes bases indicando la vigencia del servicio.

Evaluación de proposiciones técnicas:

Se revisará el total apego al texto de las bases presentadas en cuanto a condiciones de aseguramiento requeridas en las condiciones generales, el no apegarse a estos textos y condiciones será motivo de descalificación.

Manejo de Información

Se proporcionará la siguiente información en disco magnético:

- o Relación de personal asegurado al 30 de septiembre de 2011.
- o Siniestralidad al 30 de septiembre de 2011, la cual se entregará con la adquisición de las bases.

Aumento de Sueldo Básico

En caso de incrementar el sueldo básico, la suma asegurada y el pago de prima correspondiente, aumentará en la misma proporción.

PROPUESTA ECONÓMICA

Seguro de vida o invalidez total y permanente.

Oferta económica

Suma asegurada básica (40 meses de sueldo básico)

Póliza	% Ofertado	Total
Seguro de Vida o Invalidez total y permanente.		

El porcentaje a cargo del Poder Judicial de la Federación, correspondiente a la prima básica, no podrá ser superior al 1.65% sobre el sueldo básico, en el caso de trabajadores en activo y en el caso de jubilados de 0.7% sobre la pensión.

PLAN DE POTENCIACIÓN

Mandos Medios y Funcionarios Superiores

Potenciación de Suma Asegurada	Cuota Mensual por Asegurado	Cuota Mensual Total a Pagar
40.5 meses de sueldo básico	%	%
68 meses de sueldo básico	%	%

Personal Operativo

Potenciación de Suma Asegurada	Cuota Mensual por Asegurado	Cuota Mensual Total a Pagar
68 meses de sueldo básico	%	%

La prima de la potenciación que adquiere y paga el servidor público mensualmente a través de nómina deberá ser fija durante toda la vigencia.

- Los precios son en Moneda Nacional (Pesos Mexicanos)
- La prima básica y la de potenciación, se pagarán de manera mensual sin cobro de recargo por pago fraccionado, por mes vencido dentro de los 20 días naturales posteriores a dicho vencimiento y una vez que se haya presentado el recibo de prima debidamente expedido. El procedimiento de pago se realizará conforme a lo acordado entre la aseguradora ganadora y el área administrativa que corresponda a cada Instancia.
- El Seguro de Vida no genera I.V.A.
- Los porcentajes ofertados deberán ser fijos, se entiende por fijos, los que no están sujetos a ninguna variación y se mantienen así desde el momento de la presentación de la proposición, hasta la conclusión de la vigencia del contrato.

CUOTAS A CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO:

El costo de las cuotas a cargo de los servidores públicos correspondientes a la potenciación, no podrá ser mayor a las actuales, para el caso de personal operativo del 2.0% para 108

meses, y para Mandos Medios y Superiores del 2.0% para 80.5 meses y de 3.3% para 108 meses. Los porcentajes y meses que se indican corresponden al sueldo básico.

En caso de ofertar tarifas con costos menores por estos conceptos deberá acompañar el tarifario correspondiente.

7.5. SEGURO DE BIENES PATRIMONIALES DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN (SUBPARTIDA 2.1)

MONTO DE SUMA ASEGURADA.

Se integran en el cuadro denominado:
Integración de sumas aseguradas, valores declarados y sublímites por cobertura.

COBERTURAS QUE SE DEBERÁN OTORGAR.

Cotizar en base a las condiciones generales.

DEDUCIBLES Y COASEGUROS

Se integran en el cuadro denominado:
Integración de sumas aseguradas, valores declarados y sublímites por cobertura.

OFERTA ECONÓMICA

Subpartida 2.1

NÚMERO	RAMO	PRIMA NETA	EXENCIÓN DE COMISIÓN	GASTOS DE EXPEDICIÓN	BASE I.V.A.	DESCUENTO	I.V.A.	PRIMA
MÚLTIPLE EMPRESARIAL								
INCENDIO								
RESP. CIVIL GENERAL								
ROBO Y DAÑO DE CONTENIDOS								
ROBO DE DINERO Y VALORES								
ROTURA DE CRISTALES								
EQUIPO ELECTRÓNICO								
CALDERAS Y APARATOS DE PRESIÓN								
ROTURA DE MAQUINARIA								
EQUIPO DE CONTRATISTAS								
SUBTOTAL								
NÚMERO	RAMO	PRIMA NETA	EXENCIÓN DE COMISIÓN	GASTOS DE EXPEDICIÓN	BASE I.V.A.	DESCUENTO	I.V.A.	PRIMA
CASAS HABITACIÓN								
INCENDIO								
RESP. CIVIL GENERAL								
ROTURA DE CRISTALES								
ROBO DE CONTENIDOS								
SUBTOTAL								
TRANSPORTE DE CARGA PATRIMONIO								
TRANSPORTE DE CARGA MENAJES JUECES								
SUBTOTAL								
OBRAS DE ARTE								
RESPONSABILIDAD CIVIL VIAJERO								
TOTALES								

NOTA

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

- Por lo que respecta a la prima total del Consejo de la subpartida 2.1 sin incluir la Sección 4, I.- Póliza para casas habitación del FICAJ “Todo riesgo de incendio y daños diversos”, no deberá exceder de \$25,216,352.54 I.V.A. incluido por año.
- Por lo que respecta a la prima total de la Corte de la subpartida 2.1, no deberá exceder de \$ 11,572,090.07 I.V.A. incluido, por año.
- Por lo que respecta a la prima total del Tribunal de la subpartida 2.1, no deberá exceder de \$ 6,361,930.03 I.V.A. incluido por año.
- *En la Sección 4, I.- Póliza para casas habitación del FICAJ “Todo riesgo de incendio y daños diversos”, el precio a cotizar no deberá ser mayor a \$ 1,075,567.53 I.V.A. incluido por año.*
- *La cotización deberá presentarse en una tabla por institución. (Corte, Tribunal y Consejo)*
- Los precios ofertados deberán ser fijos, se entiende por fijos, los que no están sujetos a ninguna variación y se mantienen así desde el momento de la presentación de la proposición, hasta la conclusión de la vigencia del contrato.
- La prima se pagará de manera anual, una vez que se haya presentado el recibo de prima debidamente expedido. El procedimiento de pago se realizará conforme a lo acordado entre la aseguradora ganadora y el área administrativa que corresponda a cada Instancia.
- En el caso de los endosos que se generen por inclusión de bienes o coberturas a las pólizas establecidas en la subpartida 2.1, deberán contemplar el monto de la prima desde el momento de la solicitud de inclusión y hasta la terminación de la vigencia, es decir, hasta las 12 horas del 31 de diciembre de 2014, la cual se pagará de manera anual conforme las fracciones I, II y III anteriores.

7.6. SEGURO VOLUNTARIO DE CASA HABITACIÓN (SUBPARTIDA 2.2)

RELACIÓN DE BIENES ASEGURADOS.

Se integran relación en medio magnético.

COBERTURAS QUE SE DEBERÁN OTORGAR.

Cotizar en base a las condiciones generales.

OFERTA ECONÓMICA

Se integran el cuadro en medio magnético.

- *La cotización deberá presentarse en una tabla por Institución. (Corte, Tribunal y Consejo)*
- *La prima total que se oferte no deberá exceder a la que actualmente se paga por inmueble, los valores unitarios de la prima y la relación de inmuebles asegurados se entregarán en disco óptico al momento de adquirir las bases.*
- Los precios ofertados deberán ser fijos, se entiende por fijos, los que no están sujetos a ninguna variación y se mantienen así desde el momento de la presentación de la proposición, hasta la conclusión de la vigencia del contrato, los cuales no podrán ser mayores a las tarifas actuales.
- La prima se pagará de contado o descuento quincenal vía nómina. El procedimiento de pago se realizará conforme a lo acordado entre la aseguradora ganadora y el área administrativa que corresponda a cada Instancia.
- En el caso de los endosos que se generen por inclusión de inmuebles o coberturas a las pólizas establecidas en la subpartida 2.2 deberá contemplar el cobro de la prima desde el momento de la solicitud de inclusión y hasta la terminación de la vigencia, es decir, hasta las 12 horas del 31 de diciembre de 2014.

7.7 SEGURO DE VEHÍCULOS PROPIEDAD DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN (SUBPARTIDA 3.1)

PARQUE VEHICULAR ASEGURADO.

Conforme a la relación del parque vehicular adjunta.

COBERTURAS QUE SE DEBERÁN OTORGAR.

Cotizar en base a las condiciones generales.

DEDUCIBLES

Cotizar en base a las condiciones generales.

OFERTA ECONÓMICA

Subpartida 3.1

TIPOS DE VEHÍCULOS	NUMERO DE UNIDADES	PRIMA NETA	EXENCIÓN DE COMISIÓN	GASTOS DE EXPEDICIÓN	DESCUENTO	BASE I.V.A.	I.V.A.	PRIMA
AUTOS								
CAMIONES								

- *La cotización deberá presentarse en una tabla por Institución. (Corte, Tribunal y Consejo)*
- La prima total que se oferte no deberá exceder a la que actualmente se paga por vehículo, los valores anuales unitarios de la prima y la base de datos que contiene el parque vehicular se entregarán en disco óptico al momento de adquirir las bases.
- Los precios ofertados deberán ser fijos, se entiende por fijos, los que no están sujetos a ninguna variación y se mantienen así desde el momento de la presentación de la proposición, hasta la conclusión de la vigencia del contrato.
- La prima se pagará de manera anual, una vez que se haya presentado el recibo de prima debidamente expedido. El procedimiento de pago se realizará conforme a lo acordado entre la aseguradora ganadora y el área administrativa que corresponda a cada Instancia.

- En el caso de los endosos que se generen por inclusión de vehículos o coberturas a las pólizas establecidas en la subpartida 3.1, deberán contemplar el monto de la prima desde el momento de la solicitud de inclusión y hasta la terminación de la vigencia, es decir, hasta las 12 horas del 31 de diciembre de 2014, la cual se pagará de manera anual conforme las fracciones I, II y III anteriores.

7.8. SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS (SUBPARTIDA 3.2)

RELACIÓN DE PARQUE VEHICULAR ASEGURADO.

Conforme a la relación del parque vehicular adjunta por cobertura.

OFERTA ECONÓMICA

Subpartida 3.2

DESCRIPCIÓN DE VEHÍCULO	MARCA Y MODELO	No. DE UNIDADES	PRIMA INDIVIDUAL	GASTOS DE EXPEDICIÓN	DESCUENTO	BASE I.V.A.	I.V.A.	PRIMA NETA

- *La cotización deberá presentarse en una tabla por Institución. (Corte, Tribunal y Consejo)*
- *La prima total que se oferte no deberá exceder a la que actualmente se paga por vehículo, los valores unitarios de la prima y el parque vehicular se entregarán en disco óptico al momento de adquirir las bases.*
- *Los precios ofertados deberán ser fijos, se entiende por fijos, los que no están sujetos a ninguna variación y se mantienen así desde el momento de la presentación de la propuesta, hasta la conclusión de la vigencia del contrato, los cuales no podrán ser mayores a las tarifas actuales.*
- *La prima podrá ser pagada de contado o mediante descuento quincenal vía nómina. El procedimiento de pago se realizará conforme a lo acordado entre la aseguradora ganadora y el área administrativa que corresponda a cada Instancia.*
- *En el caso de los endosos que se generen por inclusión vehículos o coberturas a las pólizas establecidas en la subpartida 3.2 deberá contemplar el cobro de la prima desde el momento de la solicitud de inclusión y hasta la terminación de la vigencia, es decir, hasta las 12 horas del 31 de diciembre de 2014.*

UTILIZAR PAPEL MEMBRETADO DE "EL LICITANTE"

ANEXO No. _____

CAPACIDAD DE CUMPLIMIENTO

MÉXICO, D.F. A,

DE 2011.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
P R E S E N T E

CON RELACIÓN A LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° _____, REFERENTE A LA CONTRATACIÓN DEL "SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE" EN MI CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA _____, MANIFIESTO A USTED BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE MI REPRESENTADA SE COMPROMETE TOTAL Y COMPLETAMENTE A CUMPLIR CABALMENTE TODOS Y CADA UNO DE LOS COMPROMISOS CONTRAÍDOS CON LA PRESENTE LICITACIÓN Y QUE CUENTA CON LA SOLVENCIA FINANCIERA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTA LA CAPACIDAD DE PAGO DE LA EMPRESA PARA CUMPLIR SUS OBLIGACIONES Y LOS RECURSOS CON QUE CUENTA PARA HACER FRENTE A TALES OBLIGACIONES; ASÍ COMO CAPACIDAD AMPLIA Y SUFICIENTE PARA SUMINISTRAR EN CANTIDAD, CALIDAD Y TIEMPO LOS SERVICIOS Y REALIZAR LOS TRABAJOS INHERENTES, DURANTE TODO EL PERIODO DE LA VIGENCIA CONTRATADA.

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DE "EL LICITANTE" O SU REPRESENTANTE LEGAL

ENTREGA DE LAS PROPUESTAS ECONÓMICAS

Las ofertas económicas deberán requisitarse en su totalidad, de conformidad en los formatos que se anexan en disco óptico, y deberán entregarse en forma impresa en cada una de las partidas que se oferten, así como la carta de confidencialidad.

ANEXO 8

RELACIÓN DE DOCUMENTOS

RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN Licitación Pública Nacional No. 03110002-050-11
 "SEGUROS INSTITUCIONALES Y VOLUNTARIOS DEL PODER JUDICIAL DE LA
 FEDERACIÓN CONTRATACIÓN PLURIANUAL"

Punto Bases	Documento	Presentó el documento	
		Si	No
DOCUMENTACIÓN LEGAL FINANCIERA Y CONTABLE (SOBRE 1)			
3.2.1.1	Original o copia certificada ante Notario Público de la escritura constitutiva de la sociedad, y en su caso, de las actas donde conste el cambio de su nombre o razón social, de su objeto y respecto del último aumento o disminución de su capital social, de conformidad con lo señalado en los artículos 182 y 194 de la Ley General de Sociedades Mercantiles. Deben estar inscritos en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio		
	Copia certificada del poder notarial correspondiente en el que se le otorguen facultades para actos de administración; tratándose de Poderes Especiales, se deberá señalar en forma específica la facultad para participar en licitaciones ante el Gobierno Federal, Poder Judicial de la Federación, el Consejo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación o el Tribunal Federal Electoral. Deben estar inscritos en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio Carta poder expedida ante dos testigos por el representante legal acreditado con la documentación indicada, con facultades para tal efecto, acompañada de las copias de las identificaciones oficiales de los testigos, el representante legal acreditado y el apoderado.		
	Identificación oficial vigente del representante legal y, en su caso, de la persona que se presente al acto de apertura de propuestas con carta poder expedida en los términos de lo señalado en el párrafo que antecede.		
	Manifestación escrita de no encontrarse en los supuestos establecidos en el punto 2.5 de las presentes a que se refiere el artículo 50 del Acuerdo General, conforme el formato establecido en el "Anexo 4"		
	Declaración Unilateral de Integridad del Licitante "Anexo 5"		

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

Punto Bases	Documento	Presentó el documento	
		Si	No
DOCUMENTACIÓN LEGAL FINANCIERA Y CONTABLE (SOBRE 1)			
3.2.1.2 ¹	Cédula de identificación fiscal (R.F.C.)		
	Declaración del Impuesto sobre la Renta, correspondiente al ejercicio fiscal 2010. Se acepta la comprobación de la presentación de las declaraciones en medios electrónicos, con la impresión completa de la declaración por el Programa de Presentación de Declaraciones Anuales (DEM) y el acuse de recibo que contendrá el número de operación y sello digital o el comprobante de transferencia electrónica del banco, con base en las reglas 2.17.1 a 2.17.4 de la Resolución de la Miscelánea Fiscal vigente, emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y publicadas en el Diario Oficial de la Federación, con la impresión legible completa..		
	Estados financieros, los cuales estarán integrados por el Balance General y el Estado de Resultados con cierre al ejercicio 2010 y estados financieros con una antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de la presentación de la propuesta, adjuntándose copia simple de la cédula profesional de la persona que los elabora. Los licitantes que estén obligados a presentar estados financieros dictaminados del ejercicio fiscal 2010 deberán presentarlos mediante el cuadernillo del Sistema de Presentación del Dictamen Fiscal (SIPRED). Dicho cuadernillo deberá estar firmado por el Contador Externo y el licitante o el representante legal, en todas sus hojas, adjuntando copia simple de la Cédula Profesional.		

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

Punto Bases	Documento	Presentó el documento	
		Si	No
PROPUESTA TÉCNICA (SOBRE 2)			
3.3 Fracción I	La descripción detallada de los Anexos 1 y 2 .		
3.3 Fracción II	Carta de la autorización emitida por al Secretaría de Hacienda y Crédito Público para operar el ramo de Accidentes y Enfermedades. Los licitantes deberán constituir la reserva a la que se refieren las Circulares S-13.1 y S-10.1.2 emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.		
3.3 Fracción III	Carta bajo protesta de decir verdad en la que se establezca que el costo de las primas a cargo de los servidores públicos correspondientes a la potenciación de suma asegurada incluyendo, en su caso, a la cobertura "Sin límite", así como el aseguramiento de dependientes económicos, no podrá ser mayor a las tarifas actuales, conforme a los cuadros que se adjuntan en medio magnético, para las subpartidas 1.1, 1.2, 1.3 y 1.5. En caso de ofertar tarifas con costos menores por estos conceptos deberá acompañar el tarifario correspondiente.		
3.3 Fracción IV	Los demás documentos solicitados en las bases, deberán integrarse en la propuesta técnica.		
3.3 Fracción V	Curriculum del licitante y relación de al menos un contrato de servicios similares del último año, o en su caso a partir de la fecha de inicio de actividades.		
3.3 Fracción VI	Las empresas participantes deberán proporcionar tanto el número de oficinas como los lugares en donde tienen representación a nivel nacional, distinguiendo aquellos inmuebles que son de su propiedad, los que rentan, así como las que operan de manera virtual. Asimismo deberán proporcionar el número de empleados con los que cuentan en cada una de las siguientes áreas de Seguros: Gastos Médicos Mayores, Seguro de Vida, Bienes Inmuebles y Autos; además de incluir el total de empleados que labora en la aseguradora.		
3.3 Fracción VII	Cualquier propuesta de mejoras o beneficios a todas las subpartidas, diferentes a la coberturas adicionales solicitadas, siempre y cuando no representen ningún costo para el Poder Judicial de la Federación, como valores agregados en el entendido que será potestativo su aceptación, destacando que el requisito establecido en esta fracción no será motivo de evaluación.		
Anexo 1 (SOBRE 2)			

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

Punto Bases	Documento	Presentó el documento	
		Si	No
Partida 1	Subpartida 1.1 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo del Poder Judicial de la Federación		
	Subpartida 1.2 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Superiores del Poder Judicial de la Federación		
	Subpartida 1.3 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados del Poder Judicial de la Federación		
	Subpartida 1.4 Seguro de Gastos Médicos Mayores voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de Servidores Públicos en Activo del Poder Judicial de la Federación		
	Subpartida 1.5 Seguro de Vida Institucional e Invalidez Total y Permanente del Poder Judicial de la Federación		
Anexo 2 (SOBRE 2)			
Partida 2	subpartida 2.1: Seguro de Bienes Patrimoniales del Poder Judicial de la Federación		
	Subpartida 2.2: Seguro Institucional de Vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación		
	Subpartida 2.3: Seguro voluntario de vehículos particulares de servidores públicos del Poder Judicial de la Federación		
	Subpartida 2.4: Seguro voluntario de casa-habitación propiedad de los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación		

Punto Bases	Documento	Presento el documento	
		Si	No
PROPUESTA ECONÓMICA (SOBRE 3)			
3.4.1.	<p>Precios Los licitantes deberán cotizar en moneda nacional, de conformidad con el “Anexo 6”, en el cual, además, se incluirán los costos relativos a la potenciación.</p> <p>Adicionalmente, para facilitar la revisión de la oferta económica, ésta se deberá entregar en medio magnético, de conformidad con los formatos entregados en dicho medio a los licitantes que acrediten haber adquirido las bases.</p> <p>El formato de la propuesta económica deberá presentarse por partida y subtotales por cada subpartida y por cada instancia del Poder Judicial de la Federación.</p> <p>Para la partida 1, se deberá asentar la cobertura básica y las coberturas adicionales, a efecto que pueda ser valorada la propuesta, sin considerar el IVA y el resultado de multiplicar la población a asegurar. Para tal efecto la Institución deberá presentar la cotización por cada una de las coberturas adicionales, así como, una que incluya todas las coberturas, tal como aparece en el formato establecido en el Anexo 6.</p> <p>Para la partida 2, se deberá asentar la prima bruta, los conceptos que se incorporan o deducen a la misma, hasta llegar a la prima neta.</p> <p>Se recomienda que los precios vengán protegidos con cinta adhesiva.</p> <p>Cuando se presente un error de cálculo en las propuestas presentadas, solo habrá lugar a rectificación por parte del Consejo, cuando la corrección no implique la modificación de las primas individuales.</p> <p>Oferta económica, en medio magnético e impresa.</p>		
3.4.3	<p>CARTA DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES</p> <p>Se deberá incluir en la oferta económica, carta original, firmada por el representante legal, en la que conste la aceptación de las condiciones establecidas en las presentes bases y en particular</p>		

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
SECRETARÍA EJECUTIVA DE OBRA, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

Punto Bases	Documento	Presentó el documento	
		Si	No
	respecto a la forma de pago estipulada en las mismas, tiempo, condiciones y lugar de prestación del servicio.		
ANEXO 6			
FORMATOS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA ECONÓMICA			

ANEXO 9

CARTA GARANTÍA

ANEXO 9

Escrito de manifestación de los artículos 14 y 62, fracción VIII de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

"TEXTO QUE DEBERÁ EMPLEAR EL LICITANTE"

Fecha: _____

Asunto: manifestación de los artículos 14 y 62 fracción VIII de la de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
P R E S E N T E

Me refiero a la Licitación Pública _____ No. _____, relativa a la "CONTRATACION DE SEGUROS INSTITUCIONALES Y VOLUNTARIOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACION CONTRATACION PLURIANUAL".

El que suscribe C. _____ manifiesto, bajo protesta de decir verdad que el suscrito, y los socios integrantes de la empresa que represento, si bien no nos encontramos obligados ante la dependencia a presentar una póliza de fianza que garantice el cumplimiento del contrato, de resultar ganadores del procedimiento licitatorio que nos ocupa, cuenta con acreditada solvencia para cumplir con los compromisos que adquiero en lo presente y futuro, ya que se comprometo conforme a sus capacidades económicas y financieras.

En el entendido que de no manifestarme con veracidad, acepto que ello sea causa de rescisión del contrato celebrado con el consejo.

Atentamente

Nombre, cargo y firma del representante legal del licitante

Nota - cuando se presente una propuesta conjunta, este escrito deberá de ser presentado por cada persona física o moral que participe en el convenio correspondiente.

ANEXO 10

REFERENCIA PARA DEPÓSITO BANCARIO

ANEXO 10

REFERENCIA PARA DEPÓSITO BANCARIO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
NO. 03110002-050-11, CORRESPONDIENTE A "SEGUROS INSTITUCIONALES Y
VOLUNTARIOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN CONTRATACIÓN
PLURIANUAL"

TITULAR CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
NÚMERO DE EMPRESA 72228
INSTITUCIÓN FINANCIERA BANCO MERCANTIL DEL NORTE, S.A. (BANORTE)

REFERENCIA 1:	2011004090010000000
REFERENCIA 2:	03110002-050-11
REFERENCIA 3:	(ANOTAR EL NOMBRE DE LA EMPRESA)

IMPORTE: \$ 2,500.00 (dos mil quinientos pesos 00/100 moneda nacional)