



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

**"SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL
Y PERMANENTE, CON UNA VIGENCIA DE LAS 12:00 PM DEL 31 DE DICIEMBRE DE
2017 A LAS 12:00 PM DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019."**

BASES DE LICITACIÓN

ÍNDICE

| ENCABEZADO | | TÍTULO | PÁGINA |
|-------------------|----------|--|--------|
| | | ÍNDICE | 2 |
| | | CALENDARIO DE ACTIVIDADES | 4 |
| | | GLOSARIO | 5 |
| CAPÍTULO 1 | | INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS | 8 |
| Punto 1.1 | | Servicios | 8 |
| | 1.1.1 | Conceptos a considerar | 9 |
| | 1.1.1.1. | Reconocimiento de antigüedad | 9 |
| | 1.1.1.2. | Preexistencias | 9 |
| | 1.1.1.3. | Pago de complementos o colas | 9 |
| Punto 1.2 | | Modificación a la cantidad de los servicios y vigencia | 10 |
| Punto 1.3 | | Vigencia, lugar y condiciones de la prestación del servicio | 10 |
| Punto 1.4 | | Supervisión | 10 |
| Punto 1.5 | | Garantía de calidad de los servicios | 10 |
| Punto 1.6 | | Condiciones de entrega de las pólizas | 11 |
| Punto 1.7 | | Condiciones de pago | 12 |
| Punto 1.8 | | Recursos Económicos | 12 |
| CAPÍTULO 2 | | DISPOSICIONES GENERALES | 12 |
| Punto 2.1 | | Consulta de las bases | 13 |
| Punto 2.2 | | Impuestos y derechos | 13 |
| Punto 2.3 | | Patentes, marcas y derechos de autor | 13 |
| Punto 2.4 | | Restricciones para participar y/o contratar | 15 |
| Punto 2.5 | | Licitación pública desierta | 16 |
| Punto 2.6 | | Cancelación de la licitación | 16 |
| Punto 2.7 | | Modelo de Contrato | 16 |
| | 2.7.1 | Plazo para formalizar el contrato | 17 |
| | 2.7.2 | Terminación de contrato por cumplimiento del objeto | 17 |
| | 2.7.3 | Nulidad del contrato | 18 |
| | 2.7.4 | Informe de incumplimiento | 18 |
| | 2.7.5 | Rescisión Administrativa de las relaciones contractuales | 18 |
| | 2.7.6 | Devolución de primas pagadas no devengadas | 18 |
| | 2.7.7 | Terminación de contrato por caso fortuito o fuerza mayor | 19 |
| | 2.7.8. | Terminación por causas justificadas, de orden público o de interés general | 19 |
| | 2.7.9. | Terminación por mutuo consentimiento | 20 |
| | 2.7.10. | Suspensión temporal de la ejecución del contrato en materia de prestación de servicios | 20 |
| | 2.7.11. | Suspensión por caso fortuito o fuerza mayor | 20 |
| | 2.7.12. | Actas para la suspensión | 21 |
| | 2.7.13. | Terminación anticipada por parte del prestador de servicios | 21 |
| | 2.7.14. | Rescisión y terminación anticipada de contratos con saldo pendiente de amortizar | 21 |
| Punto 2.8 | | Garantías que deberán presentarse. | 21 |
| | 2.8.1 | Relativa al cumplimiento del contrato | 21 |
| Punto 2.9 | | Supervisión del servicio | 22 |
| Punto 2.10 | | Penas convencionales y aplicación de garantías | 22 |
| | 2.10.1. | Pena convencional por incumplimiento | 22 |
| | 2.10.2 | Pena convencional por atraso | 22 |
| | 2.10.3. | Deductivas por servicios no prestados y/o deficiente calidad | 22 |
| Punto 2.11 | | Inconformidad | 23 |
| Punto 2.12 | | Instancias resolutoras | 23 |
| Punto 2.13 | | Aclaración relativa a negociación de las condiciones | 23 |
| Punto 2.14 | | Relaciones laborales | 25 |
| Punto 2.15 | | Cesión de derechos | 25 |
| Punto 2.16 | | Confidencialidad | 25 |
| CAPÍTULO 3 | | DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTAR EL LICITANTE | 26 |
| Punto 3.1 | | Propuestas | 26 |
| | 3.1.1 | Participación conjunta | 26 |
| Punto 3.2 | | Requisitos que deberán cumplir los licitantes | 27 |
| Punto 3.3 | | Propuesta técnica | 28 |
| Punto 3.4 | | Propuesta económica | 28 |
| | 3.4.1 | Precios | 29 |
| | 3.4.2 | Vigencia de la propuesta | 29 |
| | 3.4.3 | Carta de aceptación de condiciones | 29 |

4
af PB

ÍNDICE

| ENCABEZADO | | TÍTULO | PÁGINA |
|-------------------|--------|--|-----------|
| CAPÍTULO 4 | | CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS | 29 |
| Punto 4.1 | | Evaluación técnica | 29 |
| Punto 4.2 | | Evaluación económica | 30 |
| Punto 4.3 | | Criterios para la adjudicación de contratos | 30 |
| Punto 4.4 | | Adjudicación a la segunda propuesta | 31 |
| Punto 4.5 | | Motivos de descalificación | 31 |
| CAPÍTULO 5 | | DESARROLLO DE LOS ACTOS | 32 |
| Punto 5.1 | | Acto de aclaración a las bases | 32 |
| Punto 5.2 | | Acto de presentación y apertura de propuestas | 32 |
| | 5.2.1. | Inicio del acto | 33 |
| Punto 5.3 | | Notificación del Fallo | 34 |
| Punto 5.4 | | Dictamen legal | 34 |
| ANEXOS | | | |
| Anexo 1 | | Partida 1: Seguro de Gastos Médicos Mayores | 36 |
| | | 1.1 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo. | 45 |
| | | 1.2 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Funcionarios Superiores | 92 |
| | | 1.3 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados. | 153 |
| | | 1.4 Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de los Servidores Públicos en activo cuya prima será cubierta en forma total por el servidor público que lo contrate | 188 |
| Anexo 2 | | Partida 2: Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente. | 224 |
| Anexo 3 | | Modelos de contratos del CJF, la SCJN y el TEPJF | 247 |
| Anexo 4 | | Carta Garantía | 288 |
| Anexo 5 | | Manifestación bajo protesta de acreditación de personalidad | 290 |
| Anexo 6 | | Carta protesta | 292 |
| Anexo 7 | | Carta de aceptación de condiciones | 294 |
| | | Formatos de propuestas económicas adicionales | 296 |

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

“SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, CON UNA VIGENCIA DE LAS 12:00 PM DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2017 A LAS 12:00 PM DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.”

**Licitación Pública Nacional
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017**

| Periodo de consulta de bases e inscripción al procedimiento | Junta de aclaraciones | Acto de Presentación y Apertura de Propuestas | Acto de Notificación del Fallo |
|---|---|---|--------------------------------------|
| Del 05 al 07 de septiembre de 2017 | 13 de septiembre de 2017 13:00 horas | 21 de septiembre de 2017 10:00 horas | 06 de octubre de 2017 17:00 horas |

I. Las bases estarán disponibles para su consulta en las instalaciones de la Dirección de Contratación de Servicios de la Dirección General de Recursos Materiales, ubicada en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, Piso 7, Ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, Ciudad de México, C.P. 14210, teléfono 5449 9500, Ext. 2700 y 2708, durante el periodo comprendido del **05 al 07 de septiembre de 2017, en un horario de 09:30 a 14:30 horas y de 16:00 a 17:30 horas**, y en el portal del Consejo de la Judicatura Federal en la página web www.cjf.gob.mx dentro del apartado de "Servicios" sección "Licitaciones", en las correspondientes a "Recursos Materiales y Servicios Generales".

II. Es obligatoria la inscripción al procedimiento y únicamente se realizará durante el periodo **del 05 al 07 de septiembre de 2017, en un horario de 09:30 a 14:30 horas y de 16:00 a 17:30 horas**, firmando el acuse correspondiente por parte del representante de la persona moral o física que desee participar en el procedimiento de Licitación, por lo que deberá realizar su inscripción en las oficinas de la Dirección de Contratación de Servicios de la Dirección General de Recursos Materiales, ubicadas en el mismo domicilio indicado en el párrafo que antecede, presentado su identificación oficial y copia de su cédula de identificación fiscal o constancia de situación fiscal.

III. **Tipo de Procedimiento: Licitación Pública Nacional.** Procedimiento a través del cual el CJF elige a la persona física o moral que le ofrece las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes para celebrar un contrato y para ello hace llamado a las personas interesadas, mediante convocatoria pública para que formulen sus propuestas a fin de llevar a cabo la contratación.

IV. Las propuestas podrán ser enviadas a través del servicio postal o de mensajería debidamente identificadas en la guía y en el sobre cerrado en términos de lo señalado en el numeral 5.2 de las Bases.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

GLOSARIO

Para los efectos de esta Licitación Pública Nacional No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017, en el contenido de estas bases deberá entenderse por:

- ⇒ **Acuerdo General:** **Acuerdo General** del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que establece las disposiciones en materia de actividad administrativa del propio **CJF** y que rige el presente procedimiento licitatorio.

Acuerdo General de Administración VI/2008, del veinticinco de septiembre de 2008 del Comité de Gobierno y Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación por el que se regulan los procedimientos para la adquisición administración y desincorporación de bienes y la contratación de obras, usos y servicios requeridos, por este Tribunal.

Acuerdo General que regula los procedimientos de adquisición, arrendamiento de bienes muebles, prestación de servicios, obra pública y los servicios relacionados con la misma del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.
- ⇒ **AR :** Unidades Administrativas del **CJF** en el Interior de la República.
- ⇒ **Área Contratante:** La Dirección General de Recursos Materiales (**DGRM**) del Consejo de la Judicatura Federal, a través de la Dirección de Contratación de Servicios (**DCS**).
- ⇒ **Área Técnica y Área Requirente del Poder Judicial de la Federación, Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación (TEPJF) y Consejo de la Judicatura Federal (CJF)** Por el **CJF**, la Dirección General de Servicios al Personal; por la **Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)**, la Dirección General de Recursos Humanos e Innovación Administrativa y por el **Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación (TEPJF)**, la Dirección General de Recursos Humanos, pertenecientes al **Poder Judicial de la Federación (PJF)**, requieren la contratación de los seguros de gastos médicos mayores y seguro de vida e invalidez total y permanente y serán responsables en el ámbito de su competencia, de verificar y validar que los servicios otorgados se presten o realicen en la forma y plazo en que fueron contratados, así como dar el debido seguimiento al cumplimiento de las obligaciones del contrato del que emane este procedimiento, las cuales elaboraron las especificaciones técnicas que se incluyen en las bases, serán las encargadas de evaluar las propuestas técnicas de las proposiciones presentadas y serán las responsables de responder en la junta de aclaraciones, las preguntas que sobre estos aspectos realicen los **licitantes** porque cuentan con competencia para resolver sobre especificaciones, características y demás aspectos técnicos de los servicios, objeto de esta licitación.
- ⇒ **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.
- ⇒ **CJF:** Consejo de la Judicatura Federal.
- ⇒ **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.
- ⇒ **Contraloría:** **Contraloría del Poder Judicial de la Federación del CJF:** Sita en Av. Periférico Sur 4124, Pisos 2 y 5, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México
- ⇒ **Contrato:** Convenio por el cual se crean o transfieren obligaciones y derechos en donde el prestador de servicios 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, en dos periódicos de circulación nacional y, en su caso, en uno local y en la página de Internet del **CJF**, en la que se indican los lugares, fechas y horarios en que los interesados podrán inscribirse al procedimiento, consultar las bases y especificaciones de la licitación; descripción general, normas de calidad, cantidad y unidad de medida de los bienes y servicios cuya adquisición o prestación se requiera.
- ⇒ **DCS:** **Dirección de Contratación de Servicios del CJF:** Sita en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, piso 7 Ala "A", Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Del. Tlalpan, Ciudad de México
- ⇒ **Delegación Administrativa:** Unidades Administrativas del Consejo de la Judicatura Federal en el Interior de la República.

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS**

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

- ⇨ **DGAJ:** Dirección General de Asuntos Jurídicos del CJF: Sita en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, Piso 3 Ala "B", Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Del. Tlalpan, Ciudad de México Ciudad de México
- ⇨ **DGR:** Dirección General de Responsabilidades del CJF: Sita en Av. Periférico Sur 4124, Pisos 2 y 5, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México
- ⇨ **DGRH del TEPJF:** Dirección General de Recursos Humanos del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación: Sita en Carlota Armero 5000, Col. CTM Culhuacán, Del. Coyoacán, C.P. 04480, Ciudad de México
- ⇨ **DGRHIA de la SCJN:** Dirección General de Recursos Humanos e Innovación Administrativa de la Suprema Corte de Justicia de la Nación: Sita en 16 de Septiembre No. 38, Piso 1, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06000, Ciudad de México
- ⇨ **DGRM:** Dirección General de Recursos Materiales del CJF: Sita en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 7, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, Ciudad de México
- ⇨ **DGSP:** Dirección General de Servicios al Personal del CJF: Sita en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 3, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, Ciudad de México
- ⇨ **Día hábil:** Los días que se labore en el CJF, 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 CJF.
- ⇨ **Día natural:** Todos los días del calendario.
- ⇨ **Domicilio Fiscal:** **Suprema Corte de Justicia de la Nación**
Av. 16 de septiembre número 38, Col. Centro, planta baja, C.P. 06000, Del. Cuauhtémoc, Ciudad de México. RFC. SCJ-950204-6P5
Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación
Av. Carlota Armero número 5000, Col. C.T.M. Culhuacán, Del. Coyoacán, C.P. 04480, Ciudad de México. RFC. TEP-961122-B8A.
Consejo de la Judicatura Federal
Av. Insurgentes Sur número 2417, Col. San Ángel, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01000, Ciudad de México. RFC. CJF-950204-TL0.
- ⇨ **Firma autógrafa:** Firma completa (no facsímil) de propia mano de quien deba suscribir legalmente los documentos y propuestas del licitante.
- ⇨ **Instancia:** Cada órgano que conforma el 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).
- ⇨ **I.V.A.:** Impuesto al Valor Agregado.
- ⇨ **Identificación oficial:** Credencial para votar vigente expedida por el Instituto Federal Electoral o Instituto Nacional 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.
- ⇨ **Licitación Pública Nacional:** Procedimiento a través del cual el CJF elige a la persona física o moral que le ofrece las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes para celebrar un contrato de servicios, y para ello hace un llamado a las personas interesadas, mediante convocatoria pública para que formulen sus propuestas a fin de llevar a cabo la contratación.
- ⇨ **Licitante:** Persona física o moral que se inscriba y participe en el presente procedimiento, derivado de la publicación de la convocatoria, en la página de Internet del CJF y en el Diario Oficial de la Federación, así como en dos periódicos de circulación nacional y, en su caso, en uno local.
- ⇨ **Oficialía Mayor** **Oficialía Mayor de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:** Sita en Pino Suárez No. 2, Col. Centro, C.P.06060, Ciudad de México
- ⇨ **PJF:** **Poder Judicial de la Federación integrado por:**
Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN)
Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación (TEPJF)
Consejo de la Judicatura Federal (CJF)
- ⇨ **Pleno:** Pleno del Consejo de la Judicatura Federal.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

4
BZ

- ⇒ **Sala de Licitaciones:** Lugar en el que se desarrollarán los actos públicos del presente procedimiento, sita en Carretera Picacho Ajusco número 170, piso 7, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, Ciudad de México.
- ⇒ **SCJN:** **Suprema Corte de Justicia de la Nación:** Sita en Pino Suárez No. 2, Col. Centro, C.P.06060, Ciudad de México, con Registro Federal de Contribuyentes SCJ950204 6P5
- ⇒ **SEA:** **Secretaría Ejecutiva de Administración del CJF:** Sito en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 10, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, Ciudad de México
- ⇒ **SEFSP:** **Secretaría Ejecutiva de Fianzas y Servicios al Personal:** Sito en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 6, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, Ciudad de México
- ⇒ **Servicios:**
 - Partida 1. Seguro de Gastos Médicos Mayores.**
 - Subpartida 1.1 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo.**
 - Subpartida 1.2 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Funcionarios Superiores del PJF.**
 - Subpartida 1.3 Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados del PJF.**
 - Subpartida 1.4 Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de los Servidores Públicos en activo del PJF cuya prima de seguro será cubierta en forma total por el servidor público que lo contrate.**
 - Partida 2. Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente.**
- ⇒ **TEPJF:** **Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación:** Sito en Av. Carlota Armero 5000, Col. CTM Culhuacán, C.P. 04480, Ciudad de México, con Registro Federal de Contribuyentes TEP 961122 B8A



LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL

No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

“SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, CON UNA VIGENCIA DE LAS 12:00 PM DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2017 A LAS 12:00 PM DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.”

En cumplimiento con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a lo dispuesto por el **Acuerdo General**, el **CJF**, a través de la **DGRM** de la **SEA**, ubicada en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, Piso 7, ala “A”, Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, Ciudad de México; teléfono 5449-9500 Ext. 2700 ó 2708 **CONVOCA** a las personas morales interesadas en la formulación de propuestas, relacionadas con la Licitación Pública Nacional al rubro citada 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, para el caso del **CJF** y el **TEPJF**, y cerrada para la **SCJN**, de los seguros de gastos médicos mayores y seguro de vida e invalidez total y permanente, incluidos los servicios adicionales que ofrezcan los **licitantes**, de conformidad con las especificaciones y alcances técnicos establecidos en el **Anexo 1** de las presentes bases, y que a continuación se relaciona:

| Partida | Descripción |
|-----------------------|--|
| 1 | Seguro de Gastos Médicos Mayores (CJF, TEPJF y SCJN). |
| Subpartida 1.1 | Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo (CJF, TEPJF y SCJN). |
| Subpartida 1.2 | Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Funcionarios Superiores del PJF (CJF, TEPJF y SCJN). |
| Subpartida 1.3 | Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados del PJF (CJF, TEPJF y SCJN). |
| Subpartida 1.4 | Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de los Servidores Públicos en activo del PJF cuya prima de seguro será cubierta en forma total por el servidor público que lo contrate (CJF, TEPJF y SCJN). |
| 2 | Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente (CJF, TEPJF y SCJN). |

Nota: la contratación de los seguros será con una vigencia plurianual.

Se entregará a los **licitantes** en medio electrónico, la información correspondiente a las tarifas a cargo de los servidores públicos por concepto de Gastos Médicos Mayores, población y formato de propuestas económicas, entre otros, del Poder Judicial de la Federación para las dos partidas y sus especificaciones.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

1.1.1. Conceptos a considerar.

Para las subpartidas 1.1., 1.2., 1.3. y 1.4, correspondientes al seguro de gastos médicos mayores, 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 proporcione el **PJF**.

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, de conformidad con el numeral "10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD." del **anexo técnico** de la Partida 1 (Subpartidas 1.1, 1.2, 1.3 y 1.4).

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, y/o que dicho padecimiento no haya sido cubierto por otra Institución, o sea considerado como un complemento o cola de siniestro, de conformidad con el numeral "7. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES." del **anexo técnico** de la Partida 1 (Subpartidas 1.1, 1.2, 1.3 y 1.4).

1.1.1.3. Pago de complementos o colas.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, el **licitante** adjudicado pagará las reclamaciones originadas, desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2017 para las subpartidas 1.1. y 1.2, de conformidad con el numeral "8 COLAS DE SINIESTROS." del **anexo técnico** de la Partida 1, Subpartida 1.1. y Subpartida 1.2., y desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2017, para las subpartidas 1.3. y 1.4., en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente, de conformidad con el numeral "8 COLAS DE SINIESTROS." del **anexo técnico** de la Partida 1, Subpartida 1.3. y el numeral "8 PAGO DE COMPLEMENTOS Y/O COLAS DE SINIESTROS." del **anexo técnico** de la Partida 1, Subpartida 1.4. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

1.2. MODIFICACIÓN A LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS Y VIGENCIA

Con fundamento en las normas aplicables a la **SCJN, TEPJF y CJF**, el servidor público facultado para suscribir en el **PJF** el **contrato**, bajo su responsabilidad y por razones fundadas y explícitas, podrá acordar el incremento del monto del contrato; de cantidad de servicios solicitados; así como los plazos de cumplimiento, mediante modificaciones a sus contratos vigentes, siempre que no rebasen, en conjunto, el 20% del monto o cantidad de los conceptos o volúmenes establecidos originalmente

en los mismos, o bien de los plazos estipulados; y el precio de los servicios sea igual al pactado originalmente.

En caso de que se requiera por razones extraordinarias de una modificación mayor, ésta será sometida a la autorización del **Comité** y por ningún motivo podrá ser superior al 30% del total del monto, cantidad o plazos contratado.

Cualquier modificación a los contratos deberá formalizarse por escrito por parte de la **DGRM** para el **CJF**, tal y como lo establece el artículo 368 del **Acuerdo General**.

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

Las condiciones específicas se señalan en el **Anexo 1** de las presentes bases.

Adicionalmente, deberá preverse lo siguiente:

- La adjudicación del servicio será a través de un contrato plurianual abierto, bajo los términos del artículo 362 del **Acuerdo General** del **CJF** y conforme a la normativa aplicable para el **TEPJF**. Para el caso de la **SCJN**, será un contrato cerrado plurianual celebrado acorde a su normativa aplicable.
- El periodo de la prestación del servicio será **de las 12:00 p.m. del día 31 de diciembre de 2017 a las 12:00 p.m. del 31 de diciembre de 2019.**

1.4. SUPERVISIÓN

La **DGRHIA** de la **SCJN**, la **DGSP** del **CJF**, y la **DGRH** del **TEPJF**, serán los administradores de los servicios, a través del Área o personal que se designe; tendrán en todo momento el derecho y la obligación de evaluar la prestación del servicio, siendo dichas áreas las encargadas de supervisar que el servicio se lleve a cabo en la forma y términos que se establezcan en los contratos respectivos.

1.5. GARANTÍA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS

El **licitante** deberá garantizar que la prestación de los servicios se proporcionará conforme a lo establecido en el **anexo 1**, así como a las cartas de los **anexos 3 y 6** de las bases.

1.6. CONDICIONES DE ENTREGA DE LAS PÓLIZAS.

El **licitante** adjudicado deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de los certificados y condiciones generales en formato electrónico PDF para cada partida y subpartida.

PARTIDA 1:

Para las subpartidas 1.1 y 1.2, el **licitante** adjudicado entregará las condiciones generales, los certificados de aseguramiento de las pólizas, en archivo electrónico en formato PDF, las tarjetas de identificación de asegurado de manera física, 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 **CJF**, la **SCJN** y el **TEPJF**, clasificadas de conformidad a los requerimientos de área requirente y/o técnica del **PJF**.

4
13

En el caso del **CJF**, la entrega que corresponde a los asegurados adscritos en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, se realizará en las instalaciones de la **DGSP**. Lo correspondiente al interior de la República, el **licitante** adjudicado deberá enviarlas directamente a los domicilios de las **AR** y **Delegaciones Administrativas**, previa coordinación con la **DGSP** y de conformidad con las formas de entrega establecidas en el párrafo anterior. Las **AR** y **Delegaciones Administrativas** se encuentran ubicadas en las ciudades descritas en el numeral 3 del **Anexo Técnico**.

La entrega electrónica del **CJF**, a nivel nacional también se deberá entregar en la **DGSP**.

En el caso de los certificados y tarjetas de identificación de aseguramiento correspondientes a la **SCJN** y al **TEPJF**, se deberán entregar en su totalidad en la **DGRHIA** y en la **DGRH**, respectivamente.

Para la subpartida 1.3 el **licitante** adjudicado entregará las condiciones generales, los certificados de las pólizas y las tarjetas de identificación de asegurado, de manera física, para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados en el domicilio de la **SCJN** y el **CJF**, 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar de dichas Instancias, clasificadas de conformidad a los requerimientos de cada una. Adicionalmente deberá realizar la entrega de los certificados en archivo electrónico en formato PDF.

Para la subpartida 1.4, el **licitante** adjudicado entregará las condiciones generales, los certificados de aseguramiento de la póliza en archivo electrónico en formato PDF, las tarjetas de identificación de asegurado de manera física, en el domicilio de cada Instancia, 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 de la **SCJN**, el **CJF** y el **TEPJF**, clasificadas de conformidad a los requerimientos de cada Instancia.

Para el inicio de la siguiente anualidad que abarque la vigencia se conservarán los mismos plazos, previa entrega de la base de datos de la población a asegurar de la **SCJN**, el **CJF** y el **TEPJF**, clasificadas de conformidad a los requerimientos de cada Instancia.

Lo anterior en términos del numeral "6. *Emisión y entrega de certificados y tarjetas de identificación de aseguramiento de la póliza.*" del **anexo técnico** de la Partida 1.

PARTIDA 2:

Respecto a la Partida 2, el **licitante** adjudicado entregará a la **DGRHIA** de la **SCJN**, la **DGSP** del **CJF** y la **DGRH** del **TEPJF**, la totalidad de los certificados de los asegurados de manera electrónica en formato PDF, en un plazo máximo de 45 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de las base de datos de la población a asegurar por cada instancia Administrativa, clasificadas de conformidad a los requerimientos de dichas instancias.

Lo anterior en términos del numeral "10. *Emisión y entrega de Certificados*" del **anexo técnico** de la Partida 2.

1.7. CONDICIONES DE PAGO

Para la partida 1 "Seguro de Gastos Médicos Mayores" (subpartidas 1.1, 1.2 y 1.3), el pago será por adelantado para la vigencia de las 12:00 p.m. del 31 de diciembre del 2017 a las 12:00 p.m. del 31 de diciembre de 2018 y del periodo de las 12:00 p.m. del 31 de diciembre del 2018 a las 12:00 p.m. del 31 de diciembre de 2019, o en su caso de conformidad con lo que cada instancia determine (**SCJN**,



TEPJF y CJF). Además de que estará sujeto a lo descrito en el punto "1.8 Recursos Económicos" de las presentes bases y considerando las condiciones de pago de cada instancia.

Para el caso de los servicios correspondientes a la prima básica de la Partida 2 se cubrirá por parte del **CJF**, la **SCJN** y el **TEPJF**, mediante pagos mensuales de conformidad con el calendario de nómina autorizado de cada instancia.

Las facturas deberán cumplir con los requisitos legales y fiscales correspondientes y presentarse a nombre y ante cada uno de los Órganos del **PJF**, para lo cual en el glosario se presentan los domicilios y datos fiscales de cada uno.

Con respecto a las primas de seguros contratadas por los servidores públicos (Incremento de Suma Asegurada, Hijos mayores de 25 años de edad y/o Ascendientes, así como coberturas adicionales, Tabla de IQ, etc.), podrán ser cubiertas mediante descuento por nómina, de conformidad con el calendario de pago establecido por el **CJF**, la **SCJN** y el **TEPJF** o de contado mediante depósito bancario directamente a la compañía de seguros adjudicada.

Por lo que corresponde a la retención de primas de seguros por concepto de incremento de suma asegurada a cargo de los servidores públicos, que se realiza vía nómina se cubrirá mediante pagos quincenales, de conformidad con el calendario autorizado en cada instancia.

Para la partida 1 (subpartida 1.3), el pago por concepto de incremento de suma asegurada se realizará de contado o vía depósito bancario.

Para la partida 1 (subpartida 1.4), el pago se podrá realizar de manera mensual, trimestral, semestral o de contado vía depósito bancario o domiciliación a tarjeta de crédito bancario. Para el caso de la **SCJN** también podrá realizarse el pago vía descuento por nómina a cargo del servidor público en activo que contrate el seguro.

1.8. RECURSOS ECONÓMICOS

El ejercicio de los recursos para los años 2018 y 2019, 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 durante el periodo de consulta e inscripción al procedimiento del **05 al 07 de septiembre de 2017**, en:

- I. Las instalaciones de la **DGRM** del **CJF**, en un horario de 09:30 a 14:30 horas y de 16:00 a 17:30 horas de lunes a viernes.
- II. A través de su página web www.cjf.gob.mx, dentro del apartado de "Servicios" sección "Licitaciones", en las correspondientes a "Recursos Materiales y Servicios Generales".

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Es obligatoria la inscripción al procedimiento y únicamente se realizará en el periodo comprendido del **05 al 07 de septiembre de 2017**, de 09:30 a 14:30 horas y de 16:00 a 17:30 horas firmando el acuse correspondiente por parte del representante de la persona moral o física que desee participar en el procedimiento de Licitación, en las oficinas de la **DCS** de la **DGRM**, ubicada en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, Piso 7, Ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, Ciudad de México, C.P. 14210, presentando su **identificación oficial y copia simple del Registro Federal de Contribuyentes**.

En caso de **participación conjunta** en términos de lo señalado en el numeral 3.1.1., la inscripción al procedimiento deberá realizarse por cada uno de los que conformen la participación conjunta.

En caso de que los interesados no se inscriban conforme a lo establecido en este numeral, no podrán participar en el presente procedimiento.

2.2. IMPUESTOS Y DERECHOS

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

El monto del **I.V.A.**, deberá desglosarse al totalizar la propuesta y en el caso del **licitante** que resulte adjudicado, en la factura respectiva.

2.3. PATENTES, MARCAS Y DERECHOS DE AUTOR

El **licitante** que resulte adjudicado asumirá 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 los Órganos del Poder Judicial de la Federación de toda responsabilidad de carácter civil, penal, fiscal o de cualquier otra índole.

Los **licitantes** serán responsables por las violaciones que se causen en materia de patentes, marcas o derechos de autor, con motivo de la prestación de los servicios, por lo que se obligan a sacar en paz y a salvo a los Órganos del **PJF** en caso de cualquier reclamación de un tercero que alegue derechos por violaciones a la Ley de Propiedad Industrial y a la Ley Federal del Derecho de Autor, sobre la prestación de los servicios, sin cargo alguno para éste.

En caso de violaciones en materia de derechos inherentes a la propiedad intelectual, la responsabilidad estará a cargo del **licitante**. Salvo que exista impedimento, la indicación de que los mencionados derechos, para el caso de la contratación de servicios de consultoría, asesorías, estudios e investigaciones, se estipularán a favor de los Órganos del **PJF**, en los términos de las disposiciones legales aplicables.

2.4. 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 299 del **Acuerdo General** que se listan a continuación.

- I. Las que se encuentren inhabilitadas por cualquiera de las autoridades competentes de la Administración Pública Federal, atendiendo al plazo que se hubiere determinado en la resolución respectiva;

- II. Aquéllas 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;
- III. 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;
- IV. 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 **licitantes** que no cumplan con sus obligaciones contractuales por causas imputables a ellos y que, como consecuencia, causen daños o perjuicios al **CJF**;
 - e) Los **licitantes** 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 **licitantes** 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 **licitante** adjudicado, 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 **licitantes** 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 **CJF**, 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;
 - i) Las que hayan celebrado contratos en contravención a lo dispuesto por el **Acuerdo General** y demás disposiciones aplicables; y

4
fz

- j) Se haya rescindido contrato celebrado con la **SCJN**, el **TEPJF** o el propio **CJF**, por causa imputable al **licitante** y dicha rescisión esté firme con independencia de que se haya causado o no daños y perjuicios.

El plazo de impedimento para contratar, no será menor de tres meses ni mayor de cinco años, y comenzará a contarse a partir del día siguiente a la fecha en que el **CJF** la haga pública en el Diario Oficial de la Federación;

- V. 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;
- VI. 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;
- VII. Aquéllas 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;
- VIII. 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 **CJF**; y
- IX. Las demás que por cualquier causa se encuentren impedidas para ello de conformidad con las disposiciones aplicables.

2.5. LICITACIÓN PÚBLICA DESIERTA

Se declarará desierta la licitación en términos del artículo 331 del **Acuerdo General**, en los siguientes supuestos:

- I. Cuando no se registren **licitantes** a la licitación;
- II. Cuando ninguna de las propuestas presentadas reúna los requisitos establecidos en las bases de la licitación; y
- III. Cuando los precios propuestos no fueren aceptables, de conformidad con la información con que se cuente.

En caso de ser declarada desierta la licitación, la **SEA**, autorizará iniciar un procedimiento de invitación a cuando menos tres o en su caso el procedimiento de adjudicación directa, para lo cual deberá justificar su determinación.

Tratándose de licitaciones en las que una o varias partidas se declaren desiertas en virtud de los supuestos antes enunciados, se procederá a su contratación mediante adjudicación directa, cuando así lo justifique su monto.

2.6. CANCELACIÓN DE LA LICITACIÓN

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 332 del **Acuerdo General**, el titular de la **DGRM** podrá cancelar una licitación, partidas o conceptos incluidos en ésta por caso fortuito o fuerza mayor; cuando existan circunstancias debidamente justificadas que modifiquen o extingan la necesidad para adquirir o contratar el servicio de referencia, o la contratación de obra pública, y que de continuarse con el procedimiento pudiera ocasionar un daño o perjuicio al **PJF**; o por causas de interés general, lo cual se hará del conocimiento de los **licitantes**.

Cuando la cancelación se realice bajo el supuesto de caso fortuito o fuerza mayor, el **PJF** no realizará pago alguno de gastos no recuperables.

2.7. 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 acompañará como **Anexo 2 "Modelos de Contratos"**, **Anexo 2.1., CJF 2.2. SCJN y 2.3. TEPJF**; cuyo cumplimiento será responsabilidad de cada una de las instancias con quien se formalice, de conformidad con la normativa que los rige a cada uno de éstos; dichos formatos de contrato habrán de adecuarse conforme al contenido de los anexos técnicos de cada seguro. Se suscribirá un contrato por cada partida con el **licitante** que resulte adjudicado.

2.7.1. PLAZO PARA FORMALIZAR EL CONTRATO

El **licitante** que resulte adjudicado a través de su representante que cuente con facultades para ello, deberá presentarse en la **DGRM** del **CJF**, en la Oficialía Mayor de la **SCJN** y en la **DGRH** del **TEPJF**, a firmar el contrato respectivo, dentro del plazo de 15 días hábiles contados a partir de que se notifique el fallo.

Por cuanto hace al **CJF**:

Si el interesado no firmara el contrato por causas imputables a él, en la fecha o plazo establecido en el párrafo anterior, el **Comité** podrá, sin necesidad de un nuevo procedimiento, adjudicar el contrato de la siguiente manera:

- I. Al **licitante** que haya presentado la siguiente proposición solvente más baja;
- II. El orden de adjudicación no podrá ser superior al 10% de la propuesta que haya resultado ganadora; y

Para ambos casos, es decir, para el **licitante** adjudicado que firme el contrato y/o para la siguiente proposición más baja, resulta aplicable lo siguiente:

- III. El interesado a quien se haya adjudicado el contrato no estará obligado a prestar el servicio, si el **CJF**, por conducto del servidor público competente en términos de la normativa aplicable, por causas imputables a él, no firma el contrato. En este supuesto, el **CJF** a solicitud escrita del interesado, le cubrirá los gastos no recuperables que haya realizado para preparar y elaborar su propuesta, siempre que éstos sean razonables, estén debidamente comprobados y se relacionen directamente con el proceso de adjudicación de que se trate;

- IV. El atraso del **CJF** en la formalización de los contratos respectivos, prorrogará en igual plazo la fecha de cumplimiento de las obligaciones asumidas por ambas partes;
- V. Los derechos y obligaciones que deriven de los contratos no podrán cederse en forma parcial o total a favor de otra persona, con excepción de los derechos de cobro, para lo cual se deberá contar con el consentimiento del **Comité** y, en su caso, con la autorización de la **Contraloría**.

Para la **SCJN** y el **TEPJF** se estará a lo dispuesto en su normativa. Dichas disposiciones se encuentran contenidas en los modelos de contrato que aplican para cada una de las instancias (**véase anexo 2**).

2.7.2. TERMINACIÓN DE CONTRATO POR CUMPLIMIENTO DEL OBJETO.

Se tendrá por terminado el contrato por cumplimiento de su objeto cuando haya satisfecho totalmente las obligaciones derivadas de él o, en su caso, al tratarse de contrato en el que se presten servicios por un periodo determinado, haya transcurrido el plazo de su vigencia.

Para el CJF

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 417 del **Acuerdo General** respectivo.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 146, fracción I del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 138 del **Acuerdo General** respectivo.

2.7.3. NULIDAD DEL CONTRATO.

La ilegalidad de los contratos sobrevendrá en virtud de haberse celebrado en contravención de las disposiciones del **Acuerdo General** y demás que resulten aplicables para cada una de las instancias del **PJF**, en cuyo caso, la instancia competente de cada Órgano del Poder Judicial de la Federación, declarará su nulidad resolviendo respecto de las acciones que procedan.

Cuando se determine la nulidad total de un contrato por causas únicamente imputables al **PJF**, a solicitud del **licitante** adjudicado, se le cubrirán los gastos no recuperables, los cuales se ajustarán a los conceptos anunciados a la normativa aplicable para cada Órgano del Poder Judicial de la Federación.

Para el CJF

De conformidad a lo señalado en el artículo 418 del **Acuerdo General**;

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 146, fracción II del **Acuerdo General** respectivo.

2.7.4. INFORME DE INCUMPLIMIENTO.

En caso de incumplimiento en las obligaciones a cargo del **licitante** adjudicado la **DGRM** presentará al Comité un informe en el que proponga las acciones a tomar, a fin de que se instruya el procedimiento correspondiente.

El informe a que se refiere el párrafo anterior deberá especificar las circunstancias de tiempo, modo y ocasión del incumplimiento, conforme a lo señalado en el artículo 419 del propio **Acuerdo General**.

Para el CJF

De conformidad a lo señalado en el artículo 419 del **Acuerdo General** respectivo.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 147, del **Acuerdo General** respectivo.

2.7.5. RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS RELACIONES CONTRACTUALES

En caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del **licitante** adjudicado, por causas a él imputables la instancia facultada de la **SCJN**, el **TEPJF** y **CJF** podrán 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 la normativa correspondiente a cada órgano del **PJF**.

Para el CJF

De conformidad a lo señalado en el artículo 420 del **Acuerdo General** respectivo.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 147, del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 140 del **Acuerdo General** respectivo.

2.7.6. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS PAGADAS NO DEVENGADAS

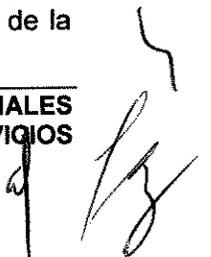
El **licitante** adjudicado se obliga a reintegrar las primas pagadas no devengadas al **CJF**, **SCJN** y **TEPJF**, en un plazo no mayor de 15 días hábiles, contados a partir de la fecha en que le sea comunicada la rescisión o terminación del contrato o los contratos.

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.

2.7.7. TERMINACIÓN DE CONTRATO POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR

La **SCJN**, el **TEPJF** y el **CJF** podrán dar por terminados los contratos en cualquier momento de su vigencia, sin responsabilidad para las partes por caso fortuito o fuerza mayor en los términos de la normatividad aplicable a cada uno de los órganos del **PJF**.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS



Para el CJF

De conformidad a lo señalado en el artículo 421 del **Acuerdo General** respectivo.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 148, del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 141 del **Acuerdo General** respectivo.

2.7.8. TERMINACIÓN POR CAUSAS JUSTIFICADAS, DE ORDEN PÚBLICO O DE INTERÉS GENERAL

La **SCJN**, el **TEPJF** y el **CJF** podrán 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 servicios prestados y los gastos no recuperables siempre y cuando se relacione directamente con el objeto de contrato, en los términos de la normatividad aplicable a cada uno de los órganos del **PJF**.

Para el CJF

De conformidad a lo señalado en el artículo 422 del **Acuerdo General** respectivo.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 149, del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 142 del **Acuerdo General** respectivo.

2.7.9. TERMINACIÓN POR MUTUO CONSENTIMIENTO

El contrato podrá darse por terminado por mutuo consentimiento cuando así convenga a los intereses de la **SCJN**, el **TEPJF** y el **CJF** así como del **licitante** adjudicado, siempre y cuando este último no haya incurrido en alguna causa de incumplimiento, en los términos de la normatividad aplicable a cada uno de los Órganos del **PJF**.

El motivo por el cual resulte conveniente dar por terminado el contrato deberá estar debidamente justificado.

Para el CJF

De conformidad a lo señalado en el artículo 423 del **Acuerdo General** respectivo.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 150, del **Acuerdo General** respectivo.



Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 144 del **Acuerdo General** respectivo.

2.7.10. SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La **SCJN**, el **TEPJF** y el **CJF** podrán suspender temporalmente la ejecución del contrato todo o en parte, por causas plenamente justificadas y acreditadas en los términos de la normatividad aplicable a cada uno de los órganos del **PJF**.

Para el CJF

De conformidad a lo señalado en el artículo 424 del **Acuerdo General** respectivo.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 145, del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 145 del **Acuerdo General** respectivo

2.7.11. SUSPENSIÓN POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR

En caso de que la causa de la suspensión sea por caso fortuito o fuerza mayor no existirá ninguna responsabilidad para la **SCJN**, el **TEPJF** y el **CJF**. En ese supuesto a efecto de reiniciar los servicios se estará a lo dispuesto por el procedimiento que cada uno de los órganos del **PJF** contemple.

2.7.12. ACTAS PARA LA SUSPENSIÓN.

Para el CJF

En todos los casos de suspensión, la **DGRM** con la intervención de la **Contraloría** en el ámbito de sus atribuciones, deberá levantar un acta circunstanciada en la que hará constar el lugar, fecha y hora del acta; nombre y firma de los representantes de las partes en el contrato; los motivos de la suspensión y quién la acordó y/o notificó; datos de identificación del servicio que se suspenderá; si ésta es parcial, sólo se identificará la parte correspondiente y las medidas que se tomarán para su reanudación, así como una relación pormenorizada de la situación legal, administrativa, técnica y económica en la que se encuentre el servicio que se vaya a suspender.

Se deberá hacer constar el tiempo de duración de la suspensión y/o el evento dará motivo a la reanudación del servicio; en su caso, las acciones que se seguirán para asegurar los bienes y el estado del servicio, así como procurar la conclusión del mismo; la determinación del programa de ejecución que se aplicará, el que deberá considerar los diferimientos que la suspensión origina, ajustando sin modificar los periodos convenidos en el contrato.

Si durante la vigencia del contrato existen suspensiones de los servicios cuyos periodos sean reducidos y difíciles de cuantificar, las partes podrán acordar que los periodos sean agrupados y formalizados mediante la suscripción de una sola acta circunstanciada.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 145, del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 146 del **Acuerdo General** respectivo

2.7.13. TERMINACIÓN ANTICIPADA POR PARTE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

El **licitante** adjudicado podrá solicitar a las instancias competentes a cada Órgano del **PJF**, la terminación anticipada de los contratos por causa justificada, acompañado a su solicitud la documentación comprobatoria que estimen pertinente.

Al respecto, **DGRM** del **CJF**, efectuará el análisis correspondiente y emitirá un informe que deberá contener la opinión de la **DGAJ**, el cual presentará al **Comité** para su aprobación.

Para el CJF

De conformidad a lo señalado en el artículo 428 del **Acuerdo General** respectivo.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 151, del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 147 del **Acuerdo General** respectivo

2.7.14. RESCISIÓN Y TERMINACIÓN ANTICIPADA DE CONTRATOS CON SALDO PENDIENTE DE AMORTIZAR

En los casos de rescisión o terminación anticipada de contratos en que se presenten saldos a favor de los órganos del **PJF**, el **licitante** adjudicado en un plazo no mayor de quince días hábiles, contados a partir de la fecha en que le sea comunicada la rescisión o terminación, devolverá el saldo a favor, haciendo del conocimiento en su caso a la instancia que corresponda a cada Órgano del **PJF**.

2.8. GARANTÍAS QUE DEBERÁN PRESENTARSE

2.8.1. RELATIVA AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 15 y 294, fracción VI de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el **licitante** que resulte adjudicado no estará obligado ante el **CJF**, la **SCJN** y el **TEPJF**, a presentar una póliza de fianza que garantice el cumplimiento de los contratos póliza que emita; **sin embargo, sí deberá presentar la carta de garantía que se acompaña a las presentes bases como Anexo 3.**

2.9. SUPERVISIÓN DEL SERVICIO

Para las partidas 1 y 2, los titulares de la **DGRHIA** de la **SCJN**, la **DGSP** del **CJF** y la **DGRH** del **TEPJF**, serán los administradores de los servicios establecidos en los contratos correspondientes y



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

2.10. PENAS CONVENCIONALES Y APLICACIÓN DE GARANTÍAS.

2.10.1. PENA CONVENCIONAL POR INCUMPLIMIENTO.

Se aplicará una pena convencional, para el caso de incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones del **licitante** adjudicado, o por la deficiente calidad de los servicios, equivalente al 10% del importe total antes de I.V.A. del contrato que resulte de la presente licitación el **CJF**, la **SCJN** o el **TEPJF**, según sea el caso, descontarán el importe de las penas convencionales de los pagos pendientes de efectuar.

Para el CJF

En caso de incumplimiento parcial, la pena se ajustará proporcionalmente al porcentaje incumplido, lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 409 del **Acuerdo General**.

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el artículo 167, del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 133 del **Acuerdo General** respectivo.

De igual manera, se deberá de considerar el esquema de penas convencionales relacionadas en el **Anexo Técnico** (anexo 1) de las bases.

2.10.2. PENA CONVENCIONAL POR ATRASO.

Sin perjuicio de lo que establece el punto que antecede, para la partida 1 (Subpartidas 1.1, 1.2 y 1.3), el incumplimiento en la entrega de las Pólizas de los seguros, se sancionará de conformidad con lo establecido en el Anexo Técnico (**Anexo 1**) de las presentes bases.

2.10.3 DEDUCTIVAS POR SERVICIOS NO PRESTADOS Y/O POR DEFICIENTE CALIDAD.

En caso de que se haya detectado que los servicios no se prestan en la forma y términos convenidos, o que los insumos, materiales o equipos no cumplen con la calidad requerida, el **CJF** procederá a realizar la evaluación y el cálculo del importe de los mismos a fin de determinar si es procedente la corrección, reposición o aplicar la deductiva correspondiente, conforme a lo establecido en el Anexo Técnico (**Anexo 1**).

Lo anterior, con independencia de la aplicación de la pena convencional por incumplimiento, misma que se ajustará proporcionalmente al porcentaje incumplido y señalado en el artículo 410 del **Acuerdo General**.

Para la **SCJN** y el **TEPJF** se precisa que se estará a lo dispuesto en su normativa vigente.

2.11. INCONFORMIDAD

Para el CJF

Los interesados, representantes comunes y **licitantes** que acrediten interés jurídico en el acto del procedimiento de contratación pública, podrán inconformarse por escrito ante la **DGR**, por los actos

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

del procedimiento descritos en el artículo 430 del **Acuerdo General** que consideren realizados en contravención de las disposiciones de dicho Acuerdo o las condiciones de las presentes bases, dentro de los plazos a que se refiere el artículo 435 fracción I de dicho ordenamiento, acreditando, en su caso, la personalidad jurídica de su representante legal.

En el escrito de inconformidad, el promovente deberá considerar la información y documentación a que se refiere el artículo 432 del referido **Acuerdo General**.

En la promoción de la inconformidad los **licitantes** deberán observar lo previsto en los artículos 430 y 431 del **Acuerdo General**.

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

Para la SCJN

De conformidad con lo establecido en el capítulo I del título octavo del **Acuerdo General** respectivo.

Para el TEPJF

De conformidad con lo establecido en el artículo 60 del **Acuerdo General** respectivo.

2.12. 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 **CJF**, siendo nulo de pleno derecho cualquier acto en contravención a las propias bases o a la normatividad vigente del **CJF**.

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 **SCJN**, en términos del artículo 11, fracción XX, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

2.13. ACLARACIÓN RELATIVA A NEGOCIACIÓN DE LAS CONDICIONES

No podrán negociarse, ni modificarse cualquiera de las condiciones de las presentes bases, ni las ofertadas por los **licitantes**. Solamente las modificaciones hechas en los términos del artículo 368 del **Acuerdo General** y las aclaraciones hechas en los términos del punto 5.1 del capítulo 5, podrán considerarse modificaciones válidas a las mismas.

2.14. RELACIONES LABORALES

El **licitante** adjudicado 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 **PJF**.

El **licitante** adjudicado como patrón del personal que ocupe para la prestación de servicios objetos de este contrato, será el único responsable de las obligaciones derivadas de las disposiciones laborales,



fiscales, de seguridad y previsión social y demás ordenamientos en materia del trabajo, por lo que responderá de todas las reclamaciones que presenten sus trabajadores y/o de cualquier parte relacionada con el **licitante** o en contra del **PJF**, en relación con la prestación de servicios del contrato que se genere, obligándose a pagar al **CJF**, los gastos que genere cualquier reclamación, así como las costas y demás prestaciones a que en su caso fuere condenado el **PJF** por resolución firme que emita autoridad competente.

El **licitante** adjudicado se asegurará que todos los trabajadores asignados a la prestación de servicios contratados, objeto de este contrato estén registrados ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y que todas las cuotas obrero patronales, se encuentren al corriente de pago, así como impuestos y demás contribuciones que deban efectuarse en relación con el servicio, debiendo presentar la documentación comprobatoria al **PJF**.

El **licitante** adjudicado llevará un registro de todos los trabajadores, un control de pagos efectuados y de la documentación que compruebe el cumplimiento de las obligaciones obrero-patronales, obligándose a entregar al **PJF** cuando le sea requerida, una constancia de no adeudo de cuotas obrero-patronales expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como del o los sindicatos y organizaciones gremiales a las que estén agrupados sus trabajadores.

El **licitante** adjudicado deberá presentar ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el aviso de conclusión de la prestación de servicios, así como la baja de todos los trabajadores asignados al mismo, debiendo formalizar la terminación de la relación laboral con sus trabajadores, así como realizar el pago de todos los conceptos que hayan derivado de dicha relación. En el caso de que los trabajadores continúen laborando para la empresa pero que preste sus servicios a otra persona física o moral ajena al **PJF**, deberá presentar la declaración escrita de que los empleados de que se trate, han concluido sus trabajos en relación con el servicio prestado al **PJF**, liberándolo de cualquier responsabilidad laboral que derive de su relación con los trabajadores.

De igual forma el **licitante** adjudicado responderá por las omisiones o el no cumplimiento de las responsabilidades en materia de seguridad e higiene que correspondan de acuerdo a los riesgos o exposiciones a los mismos, de sus trabajadores, así como a lo establecido en las condiciones de seguridad e higiene.

El **licitante** adjudicado se obliga a realizar los servicios, con personal que reúna los requisitos de capacidad y experiencia para desempeñar tales actividades; por lo tanto, el **PJF** podrá vetar las designaciones que a su juicio no reúnan tales requisitos.

En caso de que alguno o algunos de los trabajadores del **licitante** adjudicado o de alguna subcontratista realice alguna reclamación en contra del **PJF**, el **licitante** adjudicado deberá reembolsar la totalidad de los gastos que erogue el **PJF** por concepto de traslados, viáticos, hospedaje, transportación y demás inherentes, con el fin de acreditar ante la autoridad competente que no existe relación laboral alguna con los mismos y deslindar al **PJF** de cualquier responsabilidad en ese sentido.

El importe de los referidos gastos que se lleguen a ocasionar será deducido de las estimaciones o pagos pendientes a favor del **licitante** adjudicado, independientemente de las acciones legales que se pudieran ejercer.

Asimismo, en el caso de promoverse reclamación alguna por parte de los trabajadores contratados por el **licitante** adjudicado, las mismas cubrirán las costas y demás prestaciones a que en su caso fuere condenado el **PJF** por resolución firme que emita la autoridad competente.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

El **licitante** adjudicado, se obliga a mantener en paz y a salvo al **PJF** de cualquier demanda que presente cualquier trabajador o empleado del **licitante** adjudicado, así como de cualquier reclamación que presente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Instituto del Fondo de Vivienda para los trabajadores (INFONAVIT), la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, alguna autoridad de la Delegación o cualquier otra autoridad administrativa, fiscal o laboral, Municipal, Estatal o Federal, por incumplimiento del **licitante** adjudicado con obligaciones a su cargo.

2.15. CESIÓN DE DERECHOS

Los derechos y obligaciones que el **licitante** adjudicado adquiera 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 consentimiento de las instancias competentes para la **SCJN, TEPJF y CJF** lo cual se estará a lo dispuesto por el procedimiento que cada uno contemple.

2.16. CONFIDENCIALIDAD

Los **licitantes** en la presente licitación y los que resulten adjudicados, no podrán divulgar o aprovechar para beneficio o interés propio o de terceros los conocimientos e información propiedad del **PJF**. Una vez terminada la vigencia de (los) contrato (s) respectivo(s), quedará(n) obligado(s) el (los) **licitante(s)** ganador(es) a devolver toda la información que se le hubiere proporcionado, prevaleciendo la titularidad de la **SCJN, TEPJF y CJF** sobre todos los productos derivados del (de los) contrato(s) respectivo(s).

Cualquier tipo de información que se entregue a los **licitantes(s)** adjudicado(s), relacionada con el **PJF (SCJN, TEPJF y CJF)**, es de carácter confidencial, la inobservancia del deber de confidencialidad por parte del **licitante** adjudicado, 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 **licitante** adjudicado.

Asimismo, el **licitante** adjudicado estará obligado a proporcionar al **PJF**, cualquier información que se solicite relacionada con la prestación de servicios de que se trate, la que deberá entregar dentro de los 10 días hábiles siguientes a que el **PJF (SCJN, TEPJF y CJF)**, lo solicite.

CAPÍTULO 3

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTAR EL LICITANTE

En el acto de presentación y apertura de preopuestas, y con el objeto de acreditar su personalidad, los **licitantes** o sus representantes presentarán, dentro o fuera del sobre, un escrito en el que su firmante manifieste, bajo protesta de decir verdad, que cuenta con facultades para actos de administración; tratándose de Poderes Especiales, se deberá señalar en forma específica la facultad para participar en licitaciones o firmar contratos ante el Gobierno Federal, **PJF** o el **CJF**, cuando proceda, dicho manifiesto deberá contener los datos a que se refiere el artículo 302 del **Acuerdo General**, conforme al **Anexo 4**. Adicionalmente los **licitantes** deberán presentar escrito bajo protesta de decir verdad con firma autógrafa del representante legal, dirigido al **CJF**, de no encontrarse en ninguno de los supuestos del artículo 299 del **Acuerdo General**, conforme al **Anexo 5**.

La no entrega de los manifiestos solicitados en el párrafo anterior, será motivo de descalificación del procedimiento objeto de las presentes bases.

No será motivo de desechamiento la falta de identificación o acreditación de la persona que únicamente entregue la proposición, pero éste sólo podrá participar durante el desarrollo del acto con el carácter de observador.

3.1. PROPUESTAS

Las propuestas deberán presentarse en el acto de apertura de ofertas, de la siguiente forma:

- I. Para el presente procedimiento no se solicitará documentación financiera-contable.
- II. En un sobre cerrado de manera inviolable la propuesta técnica (**sobre No. 1**).
- III. En un sobre cerrado de manera inviolable la propuesta económica (**sobre No. 2**).

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 **licitante** que la presenta; la omisión de alguno de estos requisitos no será motivo de descalificación.

Las propuestas tanto técnicas como económicas, deberán presentarse en idioma español, en su caso la información técnica adicional y folletos en su caso podrán presentarse en idioma del país de origen, 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**, firmadas y rubricadas, en todas y cada una de sus hojas, 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 **CJF** por conducto del servidor público que presida el acto, o de quien él mismo determine, procederá a subsanarlas en presencia de los **licitantes** 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.

3.1.1. PARTICIPACIÓN CONJUNTA

Dos o más personas físicas o morales podrán presentar conjuntamente proposiciones sin necesidad de constituir una sociedad, o nueva sociedad en caso de personas morales, siempre que, para tales efectos, en la propuesta y en el contrato que corresponda, se establezcan con precisión y a satisfacción del **PJF**, las partes de los trabajos o servicios que cada persona se obligará a ejecutar, así como la manera en que se exigirá el cumplimiento de las obligaciones. En este supuesto la propuesta deberá ser firmada por el representante común que para ese acto haya sido designado por el grupo de personas.

En este caso, las personas físicas o morales que presenten la (s) proposición (es), deberán integrar cada una de ellas la documentación legal prevista en el numeral 5.4 de las bases, en caso de resultar adjudicado; así como estar inscritas cada una de ellas en el procedimiento.

3.2. REQUISITOS QUE DEBERÁN CUMPLIR LOS LICITANTES.

Los **licitantes** 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

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS**

Handwritten signature and initials in black ink, located in the bottom right corner of the page.

deberán cumplir con todas las estipulaciones contenidas en las presentes bases y calificar respecto de la revisión de la documentación presentada, así como de la evaluación técnica y económica que se realizará a las propuestas ofertadas.

3.3. PROPUESTA TÉCNICA

La oferta técnica deberá presentarse en el **sobre No. 1** y contener como mínimo:

- I. La descripción detallada de las partidas 1 y sus subpartidas y partida 2 conforme al **anexo 1** de las presentes bases.
- II. Carta de autorización emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para operar el ramo en el que presenten propuestas.
- III. Para la partida 1 las empresas participantes deberán tener y presentar el directorio de cobertura en las ciudades relacionadas en la tabla de unidades administrativas y contar con una representación mínima del 90% que asegure el correcto cumplimiento del servicio y atención en las localidades del interior de la República, y la ciudad de México y Zona Metropolitana, en donde tiene representación el **PJF**.
- IV. En caso de no contar con lo solicitado en el párrafo anterior, las licitantes deberán presentar carta compromiso en donde especifiquen que en un lapso de 30 días hábiles posteriores al fallo establecerán las representaciones necesarias para cumplir con el 100% de la cobertura solicitada.
- V. Para la partida 2 deberán presentar directorio de oficinas, módulos de servicios y representación a nivel nacional, mismos que deberán cubrir todas las localidades en las que se ubican oficinas del **PJF** señaladas en la tabla de unidades administrativas, en caso de no contar con dicha representación deberán entregar una carta compromiso en la que especifiquen que en un lapso de 30 días hábiles posteriores al fallo subsanarán la ausencia de representación.
- VI. Para la partida 1 deberán presentar directorio de proveedores con los que tengan establecidos convenios para que los asegurados obtengan precios preferenciales para check up, farmacias, laboratorios, equipo médico, ortopédico, servicios de ambulancia, servicio de farmacia por pago directo a domicilio, etc.
- VII. Deberán firmar carta en la que manifiesten que cuentan con el trámite de programación de cirugía vía correo electrónico e Internet en menor tiempo que el establecido en las condiciones generales de la póliza.
- VIII. Deberán proporcionar el directorio de proveedores médico-hospitalarios con los que tengan convenio y, en su caso las actualizaciones correspondientes durante la vigencia.
- IX. La licitante que resulte adjudicada deberá proporcionar la información señalada en el párrafo anterior en medio electrónico a cada una de las instancias del Poder Judicial de la Federación.
- X. La licitante que resulte adjudicada deberá proporcionar el tabulador correspondiente a Tabla de Intervenciones Quirúrgicas de 39 y 60 UMAMVCDMX, tanto para pago directo como para reembolso por cada procedimiento médico o quirúrgico, en medios magnéticos e impreso a cada una de las instancias del **PJF**.



- XI. Los demás documentos solicitados en las bases y en el “Anexo 1”, deberán integrarse en la propuesta técnica.

Las propuestas deberán presentarse en idioma español mediante escrito original, las especificaciones técnicas y folletos podrán presentarse en idioma español en original o en el idioma del país de origen acompañados de una traducción simple en español en papel membretado del **licitante** y debidamente firmadas y rubricadas, en todas y cada una de sus hojas por el representante legal o persona legalmente autorizada. Los documentos de la propuesta no deberán contener tachaduras o enmendaduras y de preferencia estar foliados.

Salvo la firma del representante legal o persona legalmente autorizada, en los términos indicados, la omisión de los otros requisitos de forma no será motivo de descalificación, pero toda circunstancia deberá asentarse en el acta correspondiente.

En caso de que el **licitante** entregue información de naturaleza confidencial, deberá señalarlo expresamente por escrito, para los efectos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

3.4. PROPUESTA ECONÓMICA

La oferta económica (**sobre No. 2**) deberá presentarse por escrito firmada por el **licitante** o su representante legal, apoderado legal o persona debidamente facultada, conforme a lo señalado en este numeral con base en los formatos establecidos.

3.4.1. PRECIOS

Los **licitantes** deberán cotizar en moneda nacional, en la cual, además, se incluirán los costos relativos a la potenciación.

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 **PJF**. Además de los formatos entregados en disco compacto, deberán requisitar y presentar los formatos establecidos en el **anexo 7** de las bases licitatorias.

Para la partida 1, se deberá asentar la cobertura básica y las coberturas adicionales, a efecto de que pueda ser valorada la propuesta, **I.V.A.** incluido y el resultado de multiplicar la población a asegurar. Para tal efecto el **licitante** deberá presentar la cotización por cada una de las coberturas adicionales, así como, una que incluya todas las coberturas.

Para la partida 2, se deberá presentar la prima de seguro.

Para las partidas 1 y 2 las tarifas que oferten los **licitantes** deberán considerarse fijas durante la vigencia de la contratación independientemente de los resultados de la siniestralidad en el mismo periodo.

Se recomienda que los precios vengán protegidos con cinta adhesiva.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Cuando se presente un error de cálculo en las propuestas presentadas, solo habrá lugar a rectificación por parte del **CJF**, cuando la corrección no implique la modificación del costo unitario antes de I.V.A.

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 p.m. del 31 de diciembre de 2017 a las 12:00 p.m. del 31 de diciembre de 2019.

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 en particular respecto a la forma de pago estipulada en las mismas, tiempo, condiciones y lugar de prestación del servicio. **anexo 6.**

En el supuesto de que el **licitante** no presente la carta referida en el párrafo que antecede, su propuesta será descalificada, 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.

CAPÍTULO 4

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS

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 descalificar 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 que carezcan de fundamento legal o normativo por parte de este **CJF** 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 que determine el **CJF**.

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

4.1. EVALUACIÓN TÉCNICA

Las propuestas técnicas serán objeto de evaluación conjunta por parte de la **DGSP** del **CJF**, **DGRHIA** de la **SCJN** y la **DGRH** del **TEPJF**, para las partidas 1 y 2, a fin de verificar que cumplan con las

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

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.

4.2. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Las propuestas económicas, serán objeto de un estudio pormenorizado y deberá contener lo siguiente:

- I. Cuadro comparativo de precios ofertados;
- II. Pronunciamiento sobre si los **licitantes** cumplen con los requisitos solicitados para la contratación, relativos a plazo de entrega, forma de pago y descripción de garantías de los bienes o servicios;
- III. Análisis comparativo de precios ofertados contra el presupuesto base.

Se revisarán por parte de la **DGRM** todos los conceptos que integran la propuesta, se verificarán las operaciones aritméticas, en cuyo caso, prevalecerá en todo momento el precio unitario ofertado, mismo que se hará del conocimiento del **licitante** en el Acto de Notificación de Fallo.

4.3. CRITERIOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE CONTRATOS

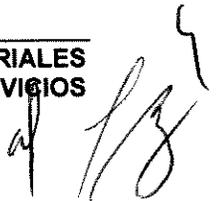
Para adjudicar cada Partida será indispensable que el (los) **licitante(s)** que cumpla(n) con los requisitos técnicos y económicos, obteniendo la calificación de solvente en los dictámenes resolutivos que para tal efecto se emitan y cuya prima ofertada por partida completa corresponda a la más baja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

A fin de determinar la solvencia económica de las propuestas, éstas se evaluarán considerando el precio de mercado de los servicios ofertados, conforme el estudio previo que haya realizado el **CJF** y/o los antecedentes del costo del servicio.

Para la Partida 1

Se adjudicará la Partida completa al **licitante** que presente la propuesta solvente más baja de las subpartidas 1.1, 1.2 y 1.3, y que cumpla con los requisitos y condiciones de aseguramiento solicitadas en las bases en relación a las primas de la cobertura básica más las primas de las coberturas adicionales, así como lo establecido en el tercer párrafo de este rubro para todas las primas de seguros a cargo de los servidores públicos (potenciones, tabla de IQ60, coberturas adicionales para ascendientes e hijos mayores de 25 años, etc., y la subpartida 1.4)



En caso de que con la incorporación del costo de las coberturas adicionales se exceda de la disponibilidad presupuestal, la contratación de éstas será opcional para el **PJF**. De optar por no contratar estas coberturas adicionales, se efectuará la adjudicación a la **licitante** que haya ofertado el costo de las primas de la cobertura básica más bajo.

La licitante solo podrá considerar hasta el 20% de incremento respecto de las primas vigentes a cargo de los servidores públicos.

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 **PJF** realizar la contratación exclusivamente por las Primas Básicas y/o con las Coberturas Adicionales, lo cual estará sujeto para los ejercicios 2018 y 2019, al presupuesto que apruebe la H. Cámara de Diputados, así como al calendario de gasto que se autorice al **PJF**, en el entendido de 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 la Partida 2

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

No se considerarán propuestas solventes, aquéllas cuyo porcentaje de la prima de seguros sea superior al porcentaje actual de las primas de potenciación de los servidores públicos.

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 **CJF** 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 proposiciones.

4.4. ADJUDICACIÓN A LA SEGUNDA PROPUESTA

Cuando notificada la adjudicación, alguno de los **licitantes** ganadores no sostuviera su oferta o por cualquier causa se le rescindiera el contrato, escuchando previamente a las áreas correspondientes de los Órganos del **PJF**, 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 10 por ciento.

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

Lo anterior, en base a lo establecido en el artículo 329 del **Acuerdo General**.

4.5. MOTIVOS DE DESCALIFICACIÓN

Será motivo de descalificación, el incumplimiento de alguno de los requisitos establecidos en las bases de la licitación que afecte la solvencia de la propuesta, así como la comprobación de que algún **licitante** ha acordado con otro u otros elevar los precios de los bienes o cualquier otro acuerdo que tenga como fin obtener una ventaja sobre los demás **licitantes**.

La contravención a las disposiciones del **Acuerdo General**, por parte de algún **licitante** será motivo de descalificación.

La descalificación de los **licitantes**, será resuelta por el titular de la **DGRM** en términos de lo dispuesto en el artículo 330 del **Acuerdo General**, lo que hará de su conocimiento al emitirse el fallo del procedimiento, debiéndose fundar y motivar formalmente la causa para descalificar su propuesta.

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 participación.

5.1. ACTO DE ACLARACIÓN A LAS BASES

El acto de aclaración a las bases se efectuará el **13 de septiembre de 2017 a las 13:00 horas** en la sala de juntas de la **DGRM** ubicada en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, piso 7 Ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, en esta Ciudad.

Las dudas o aclaraciones deberán presentarse por escrito en las oficinas de la **DCS** previa inscripción del **licitante** al procedimiento; y en su caso, enviarlas por correo electrónico en los formatos: PDF (documento firmado autógrafamente) y Microsoft Word a las direcciones de correo electrónico alfredo.rodriguez.juarez@correo.cjf.gob.mx, miguel.garcia.tomas@correo.cjf.gob.mx, ivan.perez.chavez@correo.cjf.gob.mx y dgrm@correo.cjf.gob.mx a más tardar el día **11 de septiembre de 2017** hasta las **15:00 horas**.

El día del evento se dará respuesta únicamente a las preguntas que hayan presentado los **licitantes** en tiempo y forma, dentro del plazo establecido, respecto del procedimiento licitatorio en general.

El registro de **licitantes** iniciará a las **12:45 horas** en punto y se cerrará a las **13:00 horas**, momento a partir del cual no se registrará a **licitante** alguno.

Del acto de junta 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 **licitantes** 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, conforme al artículo 318 del **Acuerdo General**. El acta del evento se fijará por 5 días hábiles a partir de la celebración del acto en el pizarrón de la **DGRM** ubicado en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, Piso 7, Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, Ciudad de México.

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 **CJF** a través de la **DGRM**, previa opinión de las áreas competentes, resulte en beneficio del procedimiento licitatorio, en cuyo caso, se hará del conocimiento por escrito de todos los **licitantes**.

5.2. ACTO DE PRESENTACIÓN Y APERTURA DE PROPUESTAS.

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

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

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 proposiciones 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 proposiciones no limita, en ningún caso, que asistan a los diferentes actos derivados de la licitación.

El **CJF** no se hace responsable por entregas tardías de propuestas o entregas no efectuadas en el lugar citado.

El acto de apertura de propuestas se realizará en sesión pública que presidirá el servidor público autorizado para ello, debiendo contar con la intervención de la **Contraloría**, quién actuará en el ámbito de su respectiva competencia.

Antes del inicio de apertura de propuestas se informará a los presentes si se recibieron o no propuestas por la vía postal o correo, indicándose el número y el nombre del **licitante**.

Este acto tendrá lugar el **21 de septiembre de 2017 a las 10:00 horas**, en la sala de juntas de la **DGRM** ubicada en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, Piso 7 Ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, en esta Ciudad.

5.2.1. INICIO DEL ACTO

El acto de presentación y apertura de propuestas, se llevará a cabo en términos de los artículos 322 y 325 del **Acuerdo General**. El registro de **licitantes**, iniciará a las **09:45 horas** en punto, y se cerrará a las **10:00 horas**, momento a partir del cual no se registrará a **licitante** alguno, no se recibirán sobres, ni se permitirá presentar documentación adicional alguna. Sólo podrán registrarse aquellas personas que se encuentren inscritas en el procedimiento.

Acto seguido se procederá a pasar lista a los **licitantes** que se encuentren registrados, quienes deberán entregar los sobres cerrados que contengan: **1)** la propuesta técnica y **2)** la propuesta económica, que estarán debidamente rotulados con referencia al concurso de que se trata, la empresa proponente y el contenido del sobre, dichos sobres deberán estar cerrados de manera inviolable.

Posteriormente, se procederá a la apertura de los sobres de cada una de las empresas, en orden de presentación y se asentará en el acta circunstanciada aquellas que hubieran omitido alguno de los requisitos.

Por lo menos un **licitante** y el servidor público facultado para presidir el acto, rubricarán todas las propuestas técnicas y económicas presentadas, sin embargo, las personas que hayan asistido al acto si así lo desean podrán firmarlas, debiendo enseguida dar lectura al importe total de cada una de las propuestas. No se rubricarán catálogos, manuales, folletos e instructivos.

Concluida la apertura de los sobres, el servidor público que preside el acto, dará lectura al importe total de cada una de las propuestas.

El acto será videograbado en su totalidad y se podrá celebrar en un solo evento cuando la naturaleza, complejidad y magnitud de los trabajos a realizar así lo permitan. En caso de que la apertura de las

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

propuestas no se realice en la misma fecha, los sobres cerrados que las contengan serán firmados por los **licitantes** y los servidores públicos presentes y quedarán en custodia del área de contratación de servicios, la que informará en dicho acto la fecha, lugar y hora en que se llevará a cabo su conclusión, lo anterior, en términos de lo dispuesto en el artículo 325, fracción I del **Acuerdo General**.

Del evento, se levantará acta circunstanciada que servirá de constancia de la celebración del acto de presentación y apertura de las proposiciones, en la que se hará constar las propuestas aceptadas para su posterior evaluación y el importe de cada una de ellas, así como las que hubieran omitido alguno de los requisitos establecidos en bases, cuya descalificación, en su caso, será determinada por el titular de la **DGRM**, en el ámbito de sus atribuciones y en términos del artículo 330 del **Acuerdo General**; el acta será firmada por los asistentes y se pondrá a su disposición, o se les entregará una copia de la misma. La falta de firma de algún **licitante** no invalidará su contenido y efectos, poniéndose a partir de esa fecha a disposición de los que no hayan asistido, para efectos de su notificación.

La recepción de la documentación no implica su calificación, puesto que estarán sujetos a los dictámenes resolutivos técnico y económico, que emitan las áreas correspondientes en términos de los artículos 304 y 305 del **Acuerdo General**.

La documentación presentada quedará en custodia de la **DGRM** y será devuelta transcurridos diez días hábiles contados a partir de la fecha en que se dé a conocer el fallo de la licitación, excepto la de las empresas que resulten adjudicadas.

DURANTE LOS EVENTOS, SE PROHÍBE EL USO DE TELÉFONOS CELULARES, APARATOS DE COMUNICACIÓN DE CUALQUIER TIPO, ASÍ COMO COMPUTADORAS PERSONALES.

5.3. NOTIFICACIÓN DEL FALLO.

El fallo se dará a conocer el **06 de octubre de 2017 a las 17:00 horas**, iniciándose el registro de **licitantes** a las **16:45 horas** en punto, cerrándose a las **17:00 horas**, en el lugar que tuvo verificativo el acto de recepción y apertura de propuestas, o en su caso, en la nueva fecha y lugar que determine el **CJF la cual se hará del conocimiento de los licitantes durante el acto señalado en el numeral 5.2.** Y si lo anterior no fuera posible, cuando se tenga conocimiento de la misma, la que se comunicará a los **licitantes** 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 327 del **Acuerdo General**, las propuestas adjudicadas, de igual forma aquellas propuestas que no fueron adjudicadas, asentando las causas que motivaron la descalificación.

Una vez que el fallo haya sido comunicado en sesión pública o notificado por escrito a los **licitantes**, sin perjuicio de lo dispuesto por la Ley de General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, se difundirá en el Diario Oficial de Federación y en el portal de Internet del **CJF**, para efectos exclusivos de transparencia, de conformidad a lo establecido en el **Acuerdo Administrativo**, en relación con la videograbación de las sesiones de los Comités y del acto de apertura de propuestas en las licitaciones públicas, así como la difusión de los fallos.

5.4. DICTAMEN LEGAL

Una vez notificado el fallo, la **DGAJ** elaborará el dictamen legal del o los **licitantes** adjudicados, para lo cual deberán presentar a la **DGRM**, **al día hábil siguiente**, los siguientes documentos en original y copia certificada ante Fedatario Público o copia simple para su cotejo y devolución de los originales:

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

4
M B

- I. Nombre de la persona física o razón o denominación social de la persona moral, así como el de su apoderado o representante legal;
- II. Cédula de identificación fiscal o constancia de registro fiscal (original, copia certificada o impresión con cadena digital) y domicilio fiscal;
- III. Objeto social, escritura constitutiva y datos de inscripción de la persona moral, así como sus modificaciones; y nombre, razón o denominación social de socios y accionistas;
- IV. Identificación oficial vigente e instrumento en el que conste el poder general para actos de dominio o poder general para actos de administración del apoderado o representante legal. Cuando se trate de un poder especial o bien un poder limitado en el que bastará mencionar que será válido ante el Gobierno Federal o (persona moral de carácter público y/o persona moral), verificando que la especialidad o limitación en cuanto su objeto o monto permitido sea expresa y no afecte las facultades para la formalización del contrato que se pretenda suscribir. Dicho poder, podrá estar o no inscrito en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio, de acuerdo al artículo 21 del Código de Comercio.

Y tratándose de poderes especiales bastará que el instrumento refiera la facultad de representación del mandatario ante cualquiera de las siguientes: el Gobierno Federal, persona morales de carácter público o personas morales.

Los documentos debidamente cotejados serán remitidos a la **DGAJ** para la elaboración del dictamen correspondiente, dentro de los tres días hábiles posteriores a la recepción de la totalidad de los mismos.

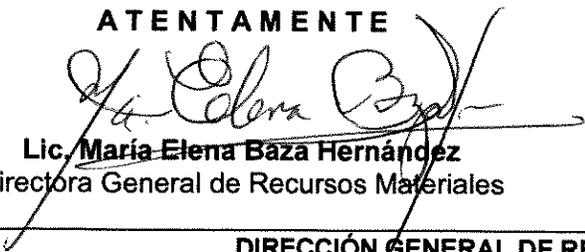
Tratándose de concursantes extranjeros, dichos documentos deberán estar debidamente legalizados o apostillados, y tendrá que presentarse redactados en español, o acompañados de la traducción correspondiente.

En caso de que el dictamen legal no sea favorable, previo a la firma del contrato, el **CJF** iniciará en contra del **licitante** adjudicado el procedimiento de impedimento al que se refiere el artículo 300 del **Acuerdo General**, independientemente de proceder a adjudicar conforme a lo establecido en el artículo 329 del mismo ordenamiento.

En caso de personas morales, y con relación a la fracción III, se deberá presentar la escritura constitutiva de la sociedad, y en su caso, de las actas donde conste la prórroga de su duración, último aumento o disminución de su capital fijo; el cambio del objeto social, la transformación o fusión o cualquier otra en la cual refiera a algún cambio o modificación de estatutos; debiendo incluir dentro de esas documentales, la constancia de inscripción ante el Registro Público de la Propiedad y de Comercio y nombre, razón o denominación social de socios y accionistas, asimismo, en caso de que la Cédula de Identificación Fiscal o Constancia de Registro Fiscal y domicilio fiscal correspondan a una impresión digital, siempre y cuando no contengan la cadena digital respectiva, deberá presentarse la certificación ante Fedatario Público.

Ciudad de México, a 05 de septiembre de 2017

ATENTAMENTE


Lic. María Elena Baza Hernández
Directora General de Recursos Materiales

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Anexo 1

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

Anexo Técnico

Gastos Médicos Mayores

PARTIDA 1

Gastos Médicos Mayores

Gastos Médicos Mayores

PROCEDIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES 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 PERÍODO COMPRENDIDO DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2017 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación de los Seguros de Gastos Médicos Mayores 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 2017 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2019.

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

- 1.1 **Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo.**
- 1.2 **Seguro de Gastos Médicos Mayores para Mandos Medios y Funcionarios Superiores.**
- 1.3 **Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados del P.JF.**
- 1.4 **Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de Servidores Públicos en activo del P.JF cuya prima de seguro será cubierta en forma total por el servidor público que lo contrate.**

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. 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 su Anexo Técnico.
2. Las empresas deberán incluir dentro de las condiciones generales, guía rápida de uso de la póliza.
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 Ciudad de México y la Zona Metropolitana y en las ciudades del interior de la República que a continuación se indican, y en aquellas en las que en su futuro se requiera.

Gastos Médicos Mayores

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

4. Las empresas participantes deberán presentar 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:

DATOS GENERALES.

- Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos (Sumas Aseguradas, Cambios de Adscripción, etc.).
- Fecha de inicio de movimiento.

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.
- Correo electrónico

Gastos Médicos Mayores

DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS.

- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
 - Fecha de Nacimiento.
 - Sexo.
 - Parentesco.
5. Una muestra de certificado de la póliza de los Seguro de Gastos Médicos Mayores, así como los formatos correspondientes para trámites de programación de cirugía y de reembolso.
6. Emisión y entrega de certificados y tarjetas de identificación de aseguramiento de la póliza.
- Los certificados de póliza deberán contemplar el nombre de cada asegurado titular, dependientes y parentesco, suma asegurada, deducible, coaseguro (nota al calce que mencione que el porcentaje de aplicación estará de acuerdo al uso de Hospitales), tabla de IQ contratada, así como la fecha en que son impresos.
 - Las tarjetas de identificación de cada asegurado deberá contener la vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro (citar que el porcentaje de aplicación estará de acuerdo al uso de Hospitales), tabla de IQ contratada y teléfonos de la aseguradora en caso de siniestro.

La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de los certificados y condiciones generales en formato electrónico PDF y las tarjetas de identificación de aseguramiento de la póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo, Mandos Medios y Funcionarios Superiores y de la voluntaria para Familiares de Servidores Públicos en Activo del Poder Judicial de la Federación.

Para las subpartidas 1.1 y 1.2, la Institución entregará las condiciones generales, los certificados de aseguramiento de las pólizas, en archivo electrónico en formato PDF, las tarjetas de identificación de asegurado de manera física, 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 de conformidad a los requerimientos de cada Instancia.

En el caso del Consejo, la entrega que corresponde a los asegurados adscritos en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, se realizará en las instalaciones de la DGSP del Consejo. Lo correspondiente al interior de la República, "LA INSTITUCIÓN" deberá enviarlas directamente a los domicilios de las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la DGSP del Consejo y de conformidad con las formas de entrega establecidas en el párrafo anterior. Las Administraciones y Delegaciones se encuentran ubicadas en las ciudades descritas en el numeral 3 de este Anexo Técnico.

Gastos Médicos Mayores

La entrega electrónica del Consejo, a nivel nacional también se deberá entregar en la DGSP del Consejo.

En el caso de los certificados y tarjetas de identificación de aseguramiento correspondientes a la Corte y al Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRHIA y en la DGRH, respectivamente, en el plazo señalado en el primer párrafo de este apartado.

Para la subpartida 1.3 la Institución entregará las condiciones generales, los certificados de las pólizas y las tarjetas de identificación de asegurado, de manera física, para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados en el domicilio de la Corte y el Consejo, 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar de dichas Instancias, clasificadas de conformidad a los requerimientos de cada una. Adicionalmente deberá realizar la entrega de los certificados en archivo electrónico en formato PDF.

Para la subpartida 1.4, la Institución entregará las condiciones generales, los certificados de aseguramiento de la póliza en archivo electrónico en formato PDF, las tarjetas de identificación de asegurado de manera física, en el domicilio de cada Instancia, 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 de la Corte, el Consejo y el Tribunal, clasificadas de conformidad a los requerimientos de cada Instancia.

Para el inicio de la siguiente anualidad que abarque la vigencia se conservarán los mismos plazos, previa entrega de la base de datos de la población a asegurar de la Corte, el Consejo y el Tribunal, clasificadas de conformidad a los requerimientos de cada Instancia.

Pena convencional por atraso:

Para las subpartidas 1.1, 1.2 y 1.3, el incumplimiento en la entrega de los certificados derivados de la contratación y de inicio de cada año que abarque la vigencia (carga inicial), se sancionará por cada Instancia del Poder Judicial de la Federación en la que se presente el incumplimiento, con la pena convencional de \$110.00 (ciento diez pesos 00/100 m.n.), por cada certificado o tarjeta de identificación de aseguramiento, por cada día hábil de retraso en la entrega de los mismos, el cual no podrá exceder el 10% del monto del contrato.

En caso de incumplimiento se aplicará la siguiente fórmula:

$$\begin{array}{l} \text{Número de Pólizas} \\ \text{(certificados)} \\ \text{entregados fuera de} \\ \text{tiempo} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Número de} \\ \text{días hábiles} \\ \text{de retraso} \end{array} \times \$110.00 = \begin{array}{l} \text{Monto de} \\ \text{Penalización} \end{array}$$

Para llevar a cabo las actividades derivadas de la entrega física de los certificados (en su caso), y tarjetas de identificación de asegurado, la Institución deberá proporcionar a cada una de las Instancias del Poder Judicial de la Federación, personal de apoyo que será coordinado por la DGRHIA de la Corte, DGSP del Consejo y la DGRH del Tribunal por el periodo de tiempo y número de personas que se detalla a continuación:

Gastos Médicos Mayores

| INSTANCIA | No. DE PERSONAS PARA APOYO | PERÍODO |
|-----------|----------------------------|---|
| CORTE | 1 | 60 días naturales a partir de la fecha en que se realice la entrega de certificados y tarjetas. |
| CONSEJO | 12 | 45 días naturales a partir de la fecha en que se realice la entrega de certificados y tarjetas. |
| TRIBUNAL | 1 | 60 días naturales a partir de la fecha en que se realice la entrega de certificados y tarjetas. |

El personal será independiente del asignado en los módulos de atención y servicios de la Institución ubicados en los inmuebles del PJF.

7. Emisión y entrega de certificados y tarjetas de aseguramiento derivadas de movimientos posteriores al inicio de vigencia y de cada inicio de año que abarque la vigencia.

La Institución contará con 10 días hábiles para emitir y entregar los certificados en archivos PDF y tarjetas de aseguramiento que deriven de la solicitud de modificaciones de movimientos que voluntariamente contraten los servidores públicos (potenciación de suma, decremento de suma, alta de nuevos dependientes, extraprimas, etc.).

8. La Institución deberá proporcionar e instalar a su costo, un Módulo de Atención en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, tres en el Consejo de la Judicatura Federal (dos ubicados en la Ciudad de México y otro en Zapopan, Jalisco) y uno en el Tribunal Electoral del PJF, que otorguen servicios en horario continuo de 9:00 a 18:30 horas
9. La Institución deberá contar con un portal electrónico en su sitio web, específico para el Poder Judicial de la Federación, en el cual los servidores públicos asegurados puedan ingresar y consultar entre otros, las condiciones generales de la póliza, hospitales, médicos y servicios auxiliares, etc. en convenio con ésta, así como los certificados de este Seguro en formato PDF debidamente actualizados, y en su caso, los comprobantes fiscales que emita la Institución por concepto de pago de primas de seguros a cargo de los servidores públicos. Estos últimos deberán estar disponibles a más tardar el 15 de marzo de cada ejercicio fiscal.
10. La Institución deberá 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 con los que en su caso, cuente la Institución y que deberá complementar, a efecto de otorgar la atención oportuna a los asegurados y proporcionar la información, que en su caso requiera cada una de las Instancias del Poder Judicial de la Federación.

El sistema para la base de datos de la Institución deberá tener la capacidad para emitir los certificados y tarjetas de identificación de aseguramiento directamente en los Módulos de Atención ubicados en cada una de las Instancias contratantes.

Gastos Médicos Mayores

11. La Institución deberá contar con un Centro de Atención Telefónica gratuito, 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, las 24 horas del día, los 365 días del año.
12. 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.

Las conciliaciones de la cobranza se llevarán a cabo por cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, conjuntamente con el personal de la Institución, con la periodicidad que se acuerde con dichas Instancias, conforme a sus requerimientos.

13. La Institución deberá asignar al menos un ejecutivo de cuenta o un Coordinador para cada una de las tres Instancias Administrativas (SCJN, CJF, TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional, las 24 horas los 365 días del año.
14. La Institución deberá generar y entregar a cada Instancia, a más tardar el día 15 del mes inmediato siguiente al mes que se reporte, en medio digital, reporte mensual y acumulado de la siniestralidad en una hoja de cálculo, que contemple los siguientes datos:

| COLUMNA | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------|---|
| VIGENCIA | Año en el que se efectúa el pago del siniestro que se reporta |
| CLASIFICACION_SINIESTRO | Generar clave que indique el tipo de siniestro, Ordinario o de Coberturas Adicionales; asimismo, el año de apertura, y el año en que se efectúa el pago, ambos en dos dígitos |
| SUB_PARTIDA | Clasificación relativa al rango del servidor público |
| NUM_SINIESTRO | Número de identificación de siniestro |
| POLIZA | Número de póliza contratada |
| EXPEDIENTE | Número de expediente institucional del servidor público |
| TITULAR | Nombre del titular (Apellido paterno, Materno y Nombres) |
| AFFECTADO | Nombre del Asegurado Afectado (Apellido paterno, materno y nombres) |
| PARENTESCO | Relación que se establece entre el titular y el afectado |
| F_NACIMIENTO_AFFECTADO | Fecha de nacimiento del asegurado afectado |
| SEXO_AFFECTADO | Genero del asegurado afectado |
| CLAVE_AFFECTADO | Clave única del asegurado afectado |
| CIUDAD | Ciudad donde se origina el siniestro |
| ESTADO | Estado donde se origina el siniestro |
| PERIODO_REPORT | Periodo en el que se efectúa el pago del reporte |
| NUM_CONS_LIQ | Numero consecutivo de liquidación del siniestro |
| F_ORIGEN_GASTO | Fecha de origen del siniestro |
| F_PAGO | Fecha de pago del siniestro |
| DESC_PADECIMIENTO | Descripción del padecimiento |
| GPO_DIAGNOSTICO | Grupo de diagnósticos generales para agrupar los padecimientos |
| HOSPITAL | Nombre del hospital y su razón social |
| RS_Hospital | Razón Social del Hospital |

Gastos Médicos Mayores

| | |
|--------------------------|--|
| TIPO_HOSPITAL | Clasificación del hospital |
| SUM_ASEG_SMGMV | Suma asegurada expresada en UMAMVCDMX (Unidad de Medida de Actualización Mensual Vigente en la Ciudad de México) |
| SUMA_ASEGURADA | Monto relativo a la suma asegurada expresada en SMGMV |
| DEDUCIBLE | Monto del Deducible |
| COASEGURO | Monto del coaseguro |
| PORCENTAJE DE COASEGURO | % |
| IMPORTE SIN IVA | Importe antes del IVA |
| IVA | Importe del IVA |
| TOTAL PAGADO | Total que paga la aseguradora |
| REM_SUM_ASEG | Monto remanente de la suma asegurada después de pagado el evento |
| TIPO_SINIESTRO | Accidente, Enfermedad, Embarazo o Fallecimiento |
| TIPO_INICIAL_COMPLEMENTO | Inicial, Complemento |
| TIPO_COBERTURA_ADICIONAL | Clave de la cobertura adicional |
| DESCRIP_COB_ADICIONAL | PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, OBESIDAD MÓRBIDA, REINSTALACION DE SUMA ASEGURADA, DENTAL, PAGO DE COMPLEMENTOS |
| CVE_HOSPITAL | Clave del catálogo creado por la compañía aseguradora |
| Reinstalaciones | Verdadero, Falso |
| IQ | Expresado en UMAMVCDMX: • 39 • 60 |
| TIPO_ASEGURADO | ACTIVO, CONTINUIDAD, EXSERVIDOR (Póliza de conversión) |

15. Exención de depósito hospitalario:

Para la partida 1. Gastos Médicos Mayores, la Institución deberá garantizar un convenio en el que los asegurados al momento de ingresar al hospital exenten el depósito de ingreso en tanto dictamina la Institución lo correspondiente.

16. El Consejo, la Corte y el Tribunal se reservan el derecho de solicitar a la Institución cualquier medio que, en su caso, considere conveniente para la difusión del uso y operación del seguro.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

SUBPARTIDA 1.1

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

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 designe 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 determine proteger, siempre y cuando estos últimos sean dependientes económicos, solteros, para lo cual como requisito únicamente presentará manifestación por escrito el servidor público contratante.

Para el aseguramiento, el servidor público deberá presentar, según sea el caso, lo siguiente:

- Acta de nacimiento.
- Resolución judicial que determine el vínculo legal.
- Acta de matrimonio.
- Acta o constancia de concubinato emitida por la autoridad correspondiente, testimonio notarial, según la entidad.
- Constancia de convivencia conyugal.

La prima de seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad el servidor público contratante.

En cuanto a los ascendientes deberá considerarse la edad máxima de aseguramiento de hasta 89 años de edad, cancelándose de manera automática al cumplir los 90 años de edad en el ejercicio fiscal inmediato siguiente.

Para el aseguramiento de ascendientes e hijos mayores de 25 años, de nuevo ingreso a la colectividad, es decir que no hubiese estado asegurado en la póliza institucional como hijo menor de 25 años, el servidor público contratante, deberá presentar acta de nacimiento de la persona por asegurar.

Los hijos mayores de 25 años, que ya venían asegurados y que en el año fiscal inmediato anterior cumplieron 25 años de edad, de manera automática continuarán asegurados, con cargo al servidor público. En caso de no desear continuar con el aseguramiento deberá realizarse la solicitud de baja conforme lo establecido en las cláusulas generales 8 MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) y 10. 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 período 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.

Será cubierto mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" siempre y cuando se trate de Hospital y Médicos de Red, derive en hospitalización y en caso contrario "LA INSTITUCIÓN" 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

Se cubrirán los padecimientos preexistentes, siempre y cuando en un período de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento médico.

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 en términos de la Circular Única de Seguros y Fianzas, capítulo 4.5, Disposición 4.5.12, 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 cobertura de los padecimientos preexistentes estará sujeta a lo estipulado en las presentes condiciones y solo en caso de controversia el asegurado y "LA INSTITUCIÓN", podrán realizar las gestiones correspondientes de conformidad a la legislación aplicable.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN".

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 2017, 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 períodos al descubierto, para cada Asegurado, para que "LA INSTITUCIÓN" pueda cubrir los padecimientos establecidos con periodo de espera.

Con la utilización simultánea 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.

En caso de que en los listados de médicos de red de LA INSTITUCIÓN no exista un médico de la especialidad en convenio en la localidad en la que sea necesaria su consulta, se deberá considerar al médico tratante del asegurado como médico de red, siempre que se encuentren sus honorarios dentro de los establecidos en la tabla I.Q. para la enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

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

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 INSTITUCIÓN" por cada Asegurado a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto.

Dicho monto se determinará multiplicando el número de UMA's indicado en el certificado individual de la póliza por la Unidad de Medida de Actualización Mensual Vigente en la Ciudad de México (UMAMVCDMX) 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, 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 menores y mayores de 25 años) | 1 UMAMVCDMX |
| Ascendientes (Padres, suegros): | 3 UMAMVCDMX |

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 con un tope máximo de \$30,000.00 M.N., por cada siniestro.

14. HONORARIOS MÉDICOS.

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado, de conformidad con la tabla de I.Q. (39 o 60 UMAMVCDMX).

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 cubiertos, 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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".

20. COORDINACIÓN MÉDICA.

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

Información al Asegurado y sus dependientes referente al alcance de su póliza.

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 INSTITUCIÓN" 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.

También liquidará directamente los honorarios a los Médicos que no perteneciendo a la citada red médica acepten mediante firma autógrafa por escrito o en el formato respectivo, el pago de tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red.

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 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 establece 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" del pago de las primas de las coberturas del seguro y como representante legal para efectos del contrato y endosos.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 corresponda al Poder Judicial de la Federación.

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 INSTITUCIÓN" 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, fecha de impresión, 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN".

La Aseguradora.

31. TABLA DE I.Q. (TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS)

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCIÓN" 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 (reembolso y pago mixto). En esta tabla se determina el porcentaje máximo a pagar por tipo de procedimiento quirúrgico.

Los servidores públicos podrán voluntariamente contratar la "Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos" hasta 60 UMAMVCDMX mediante el pago total de la prima de seguro correspondiente, siempre y cuando cuenten con el incremento de suma asegurada al menos a la inmediata siguiente de la suma básica (111), que le corresponda por su nivel de puesto. Los servidores públicos deberán considerar que en caso de que la suma básica se modifique en razón de su nivel de puesto, es necesario realizar nueva solicitud de contratación de esta cobertura que está sujeta al incremento de suma asegurada (potenciación), mediante el llenado de formato correspondiente, dentro de los 30 días naturales siguientes a dicha modificación, o dentro del periodo establecido que se menciona en el siguiente párrafo.

Los periodos en los que podrán contratar el incremento de la tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX serán los establecidos en el párrafo segundo de la cláusula general No. 8. MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN), salvo para el personal de nuevo ingreso que podrá realizar este incremento dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de su incorporación.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

La tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX aplica para nuevos padecimientos, a partir de la fecha de contratación.

32. DERECHO DE CONVERSIÓN

Permite convertir la póliza institucional en individual cuando el servidor público y/o sus dependiente asegurados causen baja de la colectividad asegurada de cualquier póliza institucional del Poder Judicial de la Federación.

La conversión a una Póliza Individual de Gastos Médicos Mayores se dará a una póliza individual de las que comercializa "LA INSTITUCIÓN" con condiciones similares a las del Poder Judicial de la Federación y los costos que correspondan quedando a cargo del asegurado el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

Podrán ejercer el Derecho de Conversión individual los asegurados que hayan causado baja de la colectividad de cualquier póliza institucional del Poder Judicial de la Federación, que hayan ejercido o no su derecho de continuidad al término del ejercicio fiscal. "LA INSTITUCIÓN" les renovará bajo el producto de gastos médicos mayores individual más cercano a las condiciones y precio que se tenía en la póliza colectiva.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula y endosos de esta póliza, de conformidad con estas condiciones generales, terminando la obligación de "LA INSTITUCIÓN" con el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de suceder el siniestro.

Se cubrirán pagos de complementos o colas de siniestros abiertos, es decir, "LA INSTITUCIÓN" pagará las reclamaciones abiertas a partir del 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2017, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

El pago de complementos es hasta por el monto de la suma asegurada remanente del padecimiento de que se trate.

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 que estén directamente relacionados con la enfermedad o accidente cubiertos, así como anexar la factura de la farmacia con copia de la receta. Las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables (entregar archivos electrónicos PDF y XML).
4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de la Tabla de I.Q. que se contrate, de acuerdo a los porcentajes establecidos en dicha Tabla por padecimiento y tratamiento en cada caso. Este porcentaje es determinado por el área médica de "LA INSTITUCIÓN"; aplicable en pago directo o reembolso, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 INSTITUCIÓN" aplicará los tabuladores de acuerdo a la tabla de intervenciones quirúrgicas contratada:

- 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 médico que 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 INSTITUCIÓN".
- 4.4 Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:
 - Cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista de conformidad con la tabla de IQ contratada para enfermedades o accidentes cubiertos conforme a las condiciones generales de la póliza.
 - Hospital, se pagará el 60% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.
- 4.5 Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 o más padecimientos cubiertos, se pagarán las reclamaciones de la siguiente manera:
 - Para el primer padecimiento se tabularán los honorarios del cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista al 100% conforme a la tabla de IQ contratada y el segundo y subsecuentes procedimientos quirúrgicos se tabularán los honorarios del cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista al 50% conforme a la tabla de IQ contratada.
 - Hospital, se pagará 100% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.
5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito y justificado 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, por cada padecimiento o accidente cubiertos por la póliza.
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 cubiertos.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 cubiertos. Los anteriores son enunciativos y no limitativos.
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 cubiertos. El límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCIÓN" para este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.
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 cubiertos 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 que el siniestro no esté amparado por esta póliza, "LA INSTITUCIÓN" pagará por única ocasión el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre por reembolso, siempre y cuando el evento se haya originado dentro de la vigencia de la póliza. El pago de ambulancia por única ocasión aplicará por asegurado.

La indemnización del costo de la ambulancia terrestre se considerará dentro de la siniestralidad de las pólizas de Gastos Médicos Mayores.

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 cubiertos 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, como 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 contratada.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 período de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento médico.

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 INSTITUCIÓN" para este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.

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 UMAMVCDMX. Esta cobertura será únicamente para la titular, cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo, cuya edad se encuentre entre los 15 y 45 años de edad.

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 se utilice de manera simultánea médico (neonatólogo o pediatra) y hospital de la red médica de "LA INSTITUCIÓN".

La responsabilidad de "LA INSTITUCIÓN" es de hasta 3 UMAMVCDMX, cantidad sobre la cual se aplicará el deducible de 1 UMAMVCDMX 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 INSTITUCIÓN" 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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, estos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del evento e indicados al alta de la paciente, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 30 UMAMVCDMX.

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 e Hijas mayores y menores de 25 años de edad.

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 fecha de la expedición del documento que valide el vínculo o 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 período 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.

Esta cobertura solo podrá otorgarse a la Titular, cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo, cuya edad sea entre 15 y 45 años de edad.

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, estos 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.

Esta cobertura solo podrá otorgarse a la Titular, cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo, cuya edad sea entre 15 y 45 años de edad.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 fecha de la expedición del documento que valide el vínculo) o 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 UMAMVCDMX.

26. Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario: Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertos hasta por una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX, 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 de parto, placenta acreta, placenta increpa, placenta preincretta, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina, varices vulvares o vaginales, embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclampsia, molahidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembriónico, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

Los honorarios médicos quirúrgicos así como los gastos hospitalarios se cubrirán hasta una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX.

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.

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 fecha de la expedición del documento que valide el vínculo o dentro de los 90 días naturales siguientes a su designación o incorporación al servicio activo como servidor público.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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.

27. 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 INSTITUCIÓN" sobre el nacimiento, dentro de los 90 días naturales siguientes a su acontecimiento.

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

28. 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 (5 estudios por vigencia, por asegurado y por padecimiento).

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA.

29. Tratamiento médico y quirúrgico derivado del trasplante de córnea 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 de conformidad a lo establecido en la Cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

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.

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

31. 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 período de espera y quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica (uso simultáneo de médico y hospital de la Red de "LA INSTITUCIÓN"). Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada contratada.

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

32. 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 período 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 (uso simultáneo de médico y hospital de la Red de "LA INSTITUCIÓN"). Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

33. 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.
34. 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

35. 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 períodos continuos de cobertura, y en su caso, el período descubierto, no sea mayor a 30 días naturales.

El reconocimiento de antigüedad se otorgará para reducir o eliminar el período 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 período 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

El reconocimiento de antigüedad no implica que se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la presente póliza con "LA INSTITUCIÓN".

Si la documentación con la cual se respalda el período 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 INSTITUCIÓN".

36. 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 cubiertos 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.
37. "LA INSTITUCIÓN" deberá garantizar un convenio en el que los asegurados al momento de ingresar al hospital exenten el depósito de ingreso hasta las primeras 24 horas siguientes a su internamiento, tiempo en que "LA INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN", el asegurado deberá realizar las acciones conducentes.

E. COBERTURAS ADICIONALES:

Las coberturas adicionales se otorgan a todos los servidores públicos titulares, cónyuges, concubina o concubino o pareja del mismo sexo, así como a los hijos menores de 25 años de edad, cuya prima de Seguro estará a cargo del Poder Judicial de la Federación.

Para los ascendientes (padres o suegros) e hijos mayores de 25 años, la contratación será voluntaria y la prima de seguro estará a cargo del servidor público contratante y aplicará, en su caso, para todos los asegurados a su cargo. Las coberturas adicionales aplicarán a partir de la fecha de su contratación.

Las coberturas adicionales son las que se mencionan a continuación:

TRATAMIENTOS DENTALES: Para el caso de tratamientos dentales, se cubrirán con el proveedor de servicios en convenio con "LA INSTITUCIÓN", de conformidad a lo siguiente:

Consultas, una profilaxis al año, radiografías, amalgamas, resinas, exodoncias, endodoncias, extracciones hasta la suma asegurada de \$10,000.00 con aplicación de deducible anual con tope de \$1,800.00, mediante 9 pagos de \$200.00 por cada servicio cubierto.

El pago de los \$200.00 será por procedimiento realizado, es decir, por cada amalgama, resina, endodoncia, extracción, limpieza, etc.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

Esta cobertura no contempla tratamientos estéticos; de ortodoncia, implantes, etc.

OBESIDAD MÓRBIDA. Es la alteración de la salud, el cual se caracteriza por un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 40.

REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA: Para acceder a esta cobertura, es indispensable cumplir con el requisito de incrementar la suma asegurada (potenciación), al menos a la suma asegurada inmediata siguiente de la básica que le corresponda por el nivel de puesto.

Quedan amparados el titular, cónyuge, concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, e hijos menores de 25 años de edad, pudiendo ser extensiva mediante la contratación voluntaria de las coberturas adicionales para los hijos(as) mayores de 25 años de edad y ascendientes (padres o suegros).

- Esta cobertura se otorgará siempre y cuando, a la fecha de agotamiento de la suma asegurada del siniestro cubierto, el asegurado cuente con incremento de suma asegurada (potenciación) al menos al siguiente nivel respecto de su suma asegurada básica. La reinstalación será por una sola ocasión por cada siniestro, hasta la suma asegurada contratada a la fecha del primer síntoma, gasto o diagnóstico del siniestro.
- Los siniestros cubiertos por esta póliza que podrán ser reinstalados serán los que tengan como fecha de primer síntoma, gasto o diagnóstico, a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 y hasta los originados en la presente vigencia.
- Los siniestros que cuenten con suma asegurada remanente, derivada de la reinstalación de suma por un accidente o enfermedad cubiertos, durante el periodo de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2017, se cubrirá hasta el remanente de la misma sin derecho a una nueva reinstalación.
- Los siniestros originados en póliza distinta a las pólizas institucionales del Poder Judicial de la Federación, no contarán con esta cobertura.

PAGO DE COMPLEMENTOS Y/O COLAS DE SINIESTROS: Los asegurados de nueva incorporación a la colectividad, que estaban asegurados en compañías aseguradoras diferentes, tienen derecho al pago de complementos hasta el monto de la suma asegurada remanente, cuyo tope máximo será el equivalente a la suma asegurada básica que le corresponda en el 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.

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS: 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.

F. 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 excluidos.

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual está cubierta a través de las COBERTURAS ADICIONALES.
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, salvo aquellas alteraciones del sueño que hayan sido originadas por un accidente.
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, aun 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 28 del Apartado B, de las Condiciones Generales.
23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, salvo los tratamientos dentales amparados en las COBERTURAS ADICIONALES.
24. Honorarios de ayudantes en el parto o aborto involuntario.
25. Complementos vitamínicos ni fórmulas infantiles.
26. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar, padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge del asegurado o el mismo asegurado.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 INSTITUCIÓN", 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 y que sean dependientes económicos.

La prima de Seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad el servidor público contratante.

En cuanto a los ascendientes e hijos deberán considerarse los topes máximos de edad en cada ejercicio fiscal establecidos en la cláusula 10.- EDAD.

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de 2017 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2019.

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 INSTITUCIÓN". En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por "LA INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN", 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 decremento de suma asegurada del 31 de diciembre de 2017 al 15 de febrero de 2018 y del 2 de abril de 2018 al 16 de abril de 2018; después de este plazo no podrán solicitar trámites de aseguramiento. Mismo período aplica para 2019.

La potenciación de suma asegurada se podrá realizar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza. La potenciación que se contrate durante la vigencia de la póliza tiene efecto solamente sobre siniestros que, amparados por el contrato de seguro y resulten procedentes, ocurran con posterioridad a la contratación de la potenciación.

La suma asegurada de la potenciación aplicará únicamente para padecimientos nuevos (primeros síntomas, gastos o diagnóstico) originados después de la contratación de ésta, siempre que se trate de enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.

Si el asegurado titular determina potenciar su suma asegurada y/o asegurar a sus ascendientes (padres, suegros) e hijos mayores de 25 años, los términos y condiciones serán los mismos que el asegurado titular, salvo la suma asegurada la cual será con tope máximo de 1000 UMAMVCDMX para ellos, cuando el asegurado titular se encuentre potenciado a una suma mayor.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

La fecha de inicio de potenciación, así como el alta de dependientes económicos (cónyuge, hijos, padres del titular y del cónyuge, etc.) 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, las cuales deberán realizarse dentro de los periodos establecidos para este tipo de movimientos, salvo los que se realicen dentro de los primeros 18 días naturales del mes de enero de 2018 y 2019, los cuales aplicarán de manera retroactiva al inicio del ejercicio fiscal que corresponda.

Se podrá solicitar baja de asegurados o decremento de suma asegurada del 31 de diciembre de 2017 al 15 de febrero de 2018 y del 2 de abril de 2018 al 16 de abril de 2018; después de este plazo no podrán solicitar trámites de baja o decremento de suma asegurada. Mismo periodo aplica para 2019.

Los servidores públicos que no deseen la renovación de sus dependientes económicos (hijos mayores de 25 años, padres, suegros, etc.) podrán realizar la baja, mediante llenado de formato correspondiente, en los periodos establecidos en el párrafo anterior.

Para efectos de cobranza por aplicar en la quincena 3/2018, los movimientos de bajas de asegurados, decrementos o cancelaciones de suma asegurada que se realicen del 31 de diciembre de 2017 al 18 de enero de 2018 se aplicarán de manera retroactiva al 31 de diciembre de 2017. Mismo periodo aplica para 2019.

Después de los periodos especificados en párrafos anteriores, no se podrá solicitar el alta, baja 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, o la contratación de la Tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX.

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.

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 el siguiente periodo de aseguramiento.

Los servidores públicos de nuevo ingreso podrán solicitar el alta de hijos mayores de 25 años que sean solteros y dependientes económicos, así como 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. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente periodo de aseguramiento.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 solicitarla 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 período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

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 la incorporación de su cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del matrimonio o expedición del documento que formalice el vínculo. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

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 período, no podrá solicitar su baja sino hasta el inicio del siguiente período de aseguramiento.

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 el siguiente período de aseguramiento.

Podrán incorporarse a otra póliza de alguna 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. Este beneficio procederá también para sus dependientes (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres o suegros) que hubieran estado asegurados a la fecha de baja, siempre y cuando se solicite dentro de los 45 días naturales posteriores a la baja. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

En caso de que se presente el fallecimiento de algún dependiente económico protegido en esta póliza, el movimiento de baja será operado a la fecha del suceso, siempre y cuando éste se informe durante el año del acontecimiento, en caso contrario, la baja se considerará a la fecha de inicio del año que transcurre.

Todo movimiento de altas, bajas de asegurados, incrementos de suma asegurada (potenciación) o decrementos de la misma, contratación de la Tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX, etc., se realizarán por conducto de las Instancias del Poder Judicial de la Federación ante "LA INSTITUCIÓN".

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 INSTITUCIÓN", entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 INSTITUCIÓN", 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, sin embargo, sí podrán solicitar una nueva póliza individual haciendo uso del DERECHO DE CONVERSIÓN que se menciona en la cláusula 23 de estas condiciones generales.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, "LA INSTITUCIÓN" 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 de la prima básica para el contratante y/o asegurados, una vez transcurrido dicho año fiscal, no podrán continuar asegurados en la colectividad, sin embargo, sí podrán solicitar una nueva póliza individual haciendo uso del DERECHO DE CONVERSIÓN que se menciona en la cláusula 23 de estas condiciones generales.

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

Asimismo "LA INSTITUCIÓN" 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 aun 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 INSTITUCIÓN".

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 cumplan 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

- b. Dar aviso a "LA INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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, de la siguiente manera:
 - A la semana posterior al envío, cada Instancia evaluará los reportes y remitirá a "LA INSTITUCIÓN" sus observaciones.
 - "LA INSTITUCIÓN", 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 semestrales y/o anuales de la población asegurada de conformidad con las características requeridas por cada Instancia, a efecto de verificar la correcta aplicación del pago de primas básicas, adicionales y/o a cargo de los servidores públicos, y en su caso "LA INSTITUCIÓN" deberá efectuar el ajuste correspondiente.

"LA INSTITUCIÓN" deberá notificar al contratante, dentro de los siguientes 15 días naturales, posteriores a la fecha de recepción de la información del pago de primas correspondientes a la segunda quincena de cada mes, descontadas vía nómina, los ajustes que, en su caso, fueran procedentes.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

- 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 INSTITUCIÓN" 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.
- g. Al término de la vigencia "LA INSTITUCIÓN" deberá entregar un reporte completo y detallado de todos los pagos realizados que contenga como datos mínimos los siguientes: Número de Siniestro, Póliza, Suma Asegurada correspondiente, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), año, período del reporte, consecutivo de liquidación, fecha primer gasto, fecha de pago, fecha de registro, ciudad, estado, descripción del padecimiento, hospital o proveedor, deducible, coaseguro, importe pagado sin IVA, IVA, importe pagado con IVA, tipo de siniestro, tipo de pago, origen del siniestro (póliza del PJJ u otra póliza) y remanente de suma asegurada.

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 89 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los 90 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 INSTITUCIÓN" podrá solicitar en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que "LA INSTITUCIÓN" tenga la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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, 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.

El pago de la prima de la suma asegurada potenciada, Tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX, 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 así como de las coberturas adicionales para ascendientes (padres y suegros) e hijos mayores de 25 años, contratadas de manera voluntaria por el Asegurado Titular, se determinará de acuerdo al monto de suma asegurada elegida por éste, quien efectuará su pago en forma anual o mediante cargo a su salario a través de descuento por el sistema de nómina de cada Instancia.

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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

La suma asegurada potenciada a la que podrán acceder los ascendientes (padres y suegros) e hijos mayores de 25 años será hasta 1000 UMAMVCDMX

"LA INSTITUCIÓN" está obligada a presentar a cobro las primas a cargo del contratante 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 a cargo de los asegurados titulares, deberá efectuarse en las oficinas de cada Instancia Administrativa y/o a través del sistema de nómina, para el caso del descuento quincenal.

"LA INSTITUCIÓN" 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 tarjetas de identificación de aseguramiento.

La prima de Seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad el servidor público contratante.

En cuanto a los Ascendientes e Hijos deberá considerarse los topes máximos de edad en cada ejercicio fiscal.

13. PERÍODO 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 o accidente cubiertos, el asegurado liquidará el deducible obligatorio y, en su caso, el coaseguro correspondiente de conformidad con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

PAGO DE RECLAMACIONES.

"LA INSTITUCIÓN" 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 efectuados en Hospitales debidamente autorizados.

"LA INSTITUCIÓN" 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 período 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 INSTITUCIÓN", 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

Para tales efectos "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 vigentes.

Las reclamaciones tramitadas en la ciudad de México y Zona Metropolitana así como en el interior de la República, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que "LA INSTITUCIÓN" 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.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito y previa solicitud del asegurado titular "LA INSTITUCIÓN" 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 y, en su caso, la justificación del siguiente ciclo.

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 INSTITUCIÓN", 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, así como el pago de coaseguro que, en su caso, corresponda de conformidad con lo establecido en la cláusula general 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro cubierto por la póliza y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a los 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 INSTITUCIÓN" 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 por escrito.

Para los trámites de programación de cirugías, tratamientos, o medicamentos, "LA INSTITUCIÓN" tendrá hasta 5 (cinco) días hábiles para proporcionar la respuesta.

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 con "LA INSTITUCIÓN" o aun no perteneciendo a la misma haya aceptado por escrito el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para informar la procedencia del Reporte en el Hospital "LA INSTITUCIÓN" por conducto de un representante informará al asegurado, en un plazo no mayor a 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a "LA INSTITUCIÓN" y de que ésta cuente con toda la información necesaria para emitir dictamen correspondiente.

"LA INSTITUCIÓN" 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 obtener la firma de conformidad del Médico, en el formato o mediante escrito la aceptación del monto de los honorarios que "LA INSTITUCIÓN" cubrirá de acuerdo al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico. El formato o escrito deberá firmarse por cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales "LA INSTITUCIÓN" deberá cubrir sus honorarios.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad el Asegurado pagará el deducible y en su caso, coaseguro correspondiente 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 cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el periodo de espera, de conformidad con lo establecido en la presente póliza.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

b. REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos, podrá solicitar mediante reembolso, y "LA INSTITUCIÓN" le indemnizará aplicando en su caso el deducible correspondiente y el 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.

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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" deberá informar en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que se requirite.

"LA INSTITUCIÓN" cubrirá los gastos reclamados que así procedan, por padecimientos y/o accidentes cubiertos tramitados en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, así como en el interior de la República, 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 INSTITUCIÓN" 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.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCIÓN" pagará \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso a solicitud del Asegurado o de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación correspondiente.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA INSTITUCIÓN" 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, recibos de honorarios, etc., que satisfagan los requisitos fiscales vigentes (entregar archivos electrónicos PDF y XML) de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, 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 éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

6. Formato de autorización para realizar pago, en su caso, por transferencia electrónica.
7. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario copia fotostática de la interpretación.
8. 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), 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 se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

Cuantía del reembolso.- La cantidad que "LA INSTITUCIÓN" 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, de ser aplicable, la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por siniestro, 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 cubiertos de conformidad con las condiciones generales de la póliza.
4. En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, de conformidad con lo establecido en la presente póliza.

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, sean liquidados mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" 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 en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el periodo de espera, conforme a lo establecido en la presente póliza.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

Aplicación del Deducible y Coaseguro. - En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. **RESTRICCIÓN DE HOSPITALES** cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 PARA NUEVAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS.

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 dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora como lo establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, conforme a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo 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, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y 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 Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y 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 a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo 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 únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las 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 el pago 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 Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida 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 precedentes;

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la Institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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 este procedimiento.
- b. La cancelación de la presente póliza a solicitud del contratante.
- c. El término del período 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 INSTITUCIÓN" pretenda dar por terminado o concluir el presente contrato póliza anticipadamente, esto sólo 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El Poder Judicial de la Federación podrá participar en las utilidades que obtenga "LA INSTITUCIÓN" en este seguro al vencimiento de los 730 días posteriores a cada aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas netas pagadas (sin I.V.A.) de las coberturas básicas y adicionales (pagadas por el Poder Judicial de la Federación) menos el monto de siniestros (sin I.V.A.) que afecten estas mismas coberturas, ocurridos en el ejercicio de todas las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación. El dividendo se otorgará a favor de la contratante por ser quien paga las primas de estas coberturas.

Para lo anterior, "LA INSTITUCIÓN" estará obligada a llevar un control detallado de todos los siniestros, mediante el cual presente con la periodicidad que le sea requerida, la siniestralidad agrupada por cobertura afectada (Básica, Adicional y Potenciada), lo anterior sin menoscabo de cualquier otro tipo de reporte que esté previsto dentro de los documentos de la licitación.

Para efecto de la determinación de dicho dividendo, "LA INSTITUCIÓN" efectuará al final de los 730 días posteriores a cada 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 de las coberturas Básicas y Adicionales del período vencido, se deducirá el importe de los siniestros que afecten estas coberturas, reclamados y pagados del propio período.
- b. Si la suma de los siniestros reclamados en el período 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.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

A continuación se presenta la clasificación de hospitales considerando la aplicación de deducible y coaseguro conforme a la suma asegurada contratada, para enfermedades o accidentes cubiertos por esta póliza:

| Suma Asegurada expresada en UMAMVCDMX | Clasificación de Hospitales | Deducible | Coaseguro | Observaciones |
|---------------------------------------|-----------------------------|---|-----------|--|
| 111 148 185 333 | Tipo "A" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 20% | La aplicación de deducible es obligatoria por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. El coaseguro es aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, con tope máximo de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro de acuerdo al tipo de hospital. |
| 444 o más | Tipo "A" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención, implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar el coaseguro cuyo porcentaje sea mayor con tope de \$30,000.00 por cada siniestro. |
| 111 148 185 | Tipo "B" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 15% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención no implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar únicamente el coaseguro especificado para la enfermedad en dichas condiciones, con tope de \$30,000.00. |
| 333 o más | Tipo "B" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | |
| 111 o más | Tipo "C" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | |

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

TABLA HOSPITALES

| RELACION DE HOSPITALES | | |
|---|---|--|
| Hospitales Tipo "A" | Hospitales Tipo "B" | Hospitales Tipo "C" |
| <p>Ciudad de México Hospital Angeles del Pedregal Hospital Angeles de las Lomas Hospital ABC Hospital ABC Santa Fe</p> <p>Guadalajara, Jal. Hospital Real San José de Zapopan Hospital Angeles del Carmen</p> <p>Cd. Juárez, Chih. Hospital Angeles Cd. Juárez</p> <p>Puebla, Puebla. Hospital Angeles Puebla</p> <p>Tijuana, B.C. Hospital Angeles de Tijuana</p> <p>Aguascalientes, Agsc. Central Médico Quirúrgica</p> <p>Saltillo, Coahuila Hospital Mujerza</p> <p>Torón, Coahuila Hospital Angeles Torón</p> <p>León, Gto. Hospital Angeles de León</p> <p>Puerto Vallarta, Jal. Hospital Amerimed</p> <p>Monterrey, N.L. Hospital Mujerza Monterrey Hospital San José de Monterrey Hospital Oca Santa Engracia</p> <p>Querétaro, Qro. Hospital Angeles de Querétaro</p> <p>Cancun, Q. Roo Hospital Galena de Cancun</p> <p>Villahermosa, Tabasco CERACOM Angeles Villahermosa</p> <p>Xalapa, Veracruz Hospital Angeles Xalapa</p> | <p>Ciudad de México Hospital Médica Sur Hospital Español Hospital Angeles Metropolitano Hospital Sports Clinic Centro Médico Tiber Hospital Mocer Hospital Santa Fe Hospital Dalinde</p> <p>Tijuana, B.C. Hospital Excel</p> <p>Chihuahua, Chih. Hospital CIMM de Chihuahua Clínica de Parque Chihuahua Clínica del Centro Chihuahua</p> <p>Cd. Juárez, Chih. Centro Médico de Especialidades</p> <p>Saltillo, Coah. Hospital Mujerza de Saltillo</p> <p>León, Gto. Hospital Aranda de la Parra</p> <p>Guadalajara, Jal. Hospital San Javier México Americano Country 2000</p> <p>Puerto Vallarta, Jal. Hospital San Javier Manna</p> <p>Estado de México Hospital Ciudad Satélite Hospital Río de la Loza</p> <p>Monterrey, N.L. Hospital Mujerza Sur Hospital Mujerza Concepción Hospital de Ginecología y Obstetricia</p> <p>Querétaro, Qro. Hospital San José</p> <p>Cancun, Q. Roo Hospital Americano de Cancun</p> <p>Oaxaca, Oax. Hospital Angeles de Oaxaca</p> <p>Hermosillo, Son. Hospital Licon de Hermosillo Hospital CIMA de Hermosillo</p> <p>Villahermosa, Tab. Hospital Angeles de Villahermosa</p> <p>Coahuila, Coah. Hospital Henry Dunant</p> <p>Coahuila, Coah. Hospital San Miguel Clínica Villahermosa</p> | <p>Ciudad de México e Interior de la República Mexicana Resto de los Hospitales en convenio</p> |

Nota: Esta relación de Hospitales es enunciativa más no limitativa.

23. DERECHO DE CONVERSIÓN

Los asegurados con el derecho de conversión, serán aquellos titulares o sus dependientes asegurados que dejen de pertenecer a la colectividad asegurada en póliza institucional del Poder Judicial de la Federación, o cuando ya no sean elegibles los dependientes, siempre y cuando lo solicite por escrito el propio asegurado a LA INSTITUCIÓN, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la colectividad asegurada, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad, en cuyo caso, le será expedida una póliza individual de gastos médicos mayores por LA INSTITUCIÓN, quedando a su cargo el pago total de la prima correspondiente.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

"LA INSTITUCIÓN" estará obligada a ofrecer al Asegurado, que deje de pertenecer a la colectividad asegurada de este contrato, la opción de contratar un seguro individual bajo las mismas condiciones y nivel de hospitales establecidos en esta póliza, con opción de poder modificar algunas coberturas, deducibles o coaseguros a solicitud del Asegurado y que reflejen un beneficio en el costo de la prima a pagar por el Asegurado.

En el caso de que dicho Asegurado ya contara con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con lo siguiente:

En caso de que el asegurado tuviera contratado algún otro seguro de gastos médicos mayores con "LA INSTITUCIÓN" a la fecha de alta a la póliza individual derivada del derecho de conversión o, realizara un cambio de plan a un seguro individual, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los 30 días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se da de alta la póliza individual, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de esta póliza, se aplicarán los límites de suma asegurada, deducible y coaseguro, etc., especificados en las Condiciones Generales y endosos de la póliza individual. Estos padecimientos se continuarán pagando con el remanente de la suma asegurada, con la que inició el siniestro.

La solicitud por escrito del Asegurado a "LA INSTITUCIÓN" para la contratación de una póliza individual de gastos médicos mayores deberá ser dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja el Asegurado de la colectividad de esta póliza. El inicio de la vigencia de la póliza individual será a partir de la fecha de baja de la colectividad asegurada. Lo anterior, es con la finalidad de evitar periodos descubiertos para el Asegurado.

Los documentos que deberán proporcionar los Asegurados para la emisión de la póliza individual son:

- Escrito del Asegurado dirigido a "LA INSTITUCIÓN" señalando: la forma de pago elegida y su RFC con homoclave.
- Copia de la cotización elegida.
- Copia simple de:
 - Identificación oficial (IFE/INE),
 - Comprobante de domicilio (recibo de teléfono, luz o predial, etc.).

Con la finalidad de agilizar el proceso de contratación de la póliza individual, "LA INSTITUCIÓN" deberá indicar los datos completos (nombre, dirección, correo electrónico y teléfono) del personal que proporcionará la atención que requieran los Asegurados en cuanto a cotizaciones, dudas y seguimiento de emisión de la póliza.

La conversión a una Póliza Individual de Gastos Médicos Mayores se dará a una Póliza Individual de las que comercializa "LA INSTITUCIÓN" con condiciones similares y los costos que correspondan quedando a cargo del asegurado el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

Podrán ejercer el Derecho de Conversión Individual los asegurados que causen baja de la colectividad y, en su caso, hayan ejercido o no su derecho de continuidad al término del ejercicio fiscal. "LA INSTITUCIÓN" les renovará bajo el producto de póliza individual de gastos médicos mayores más cercana a las condiciones y precio que se tenía en la póliza colectiva.

La siniestralidad de las pólizas individuales (Derecho de Conversión) no forma parte de la siniestralidad generada en las pólizas institucionales del Poder Judicial de la Federación.

24. AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: XXX con domicilio en XXX; RFC: XXX, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en XXX.

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

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 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TOTAL | CONTRATO | HAZ PAGADO EN 2014 | HAZ PAGADO EN 2013 | ENFERMEDAD | HERENCIA | TOTAL |
|----------------------------|------|------------|------------|--------------------|--------------------|------------|-----------|--------------|
| 0-19 | F | | 2 | 740 | | | | 742 |
| 20-24 | F | 46 | 4 | 202 | | | | 252 |
| 25-29 | F | 100 | 34 | | 88 | | | 222 |
| 30-34 | F | 115 | 74 | | 34 | | | 223 |
| 35-39 | F | 152 | 116 | | 4 | | | 272 |
| 40-44 | F | 143 | 137 | | 3 | | | 283 |
| 45-49 | F | 162 | 107 | | | 5 | | 274 |
| 50-54 | F | 87 | 97 | | | 9 | | 193 |
| 55-59 | F | 78 | 52 | | | 14 | 1 | 145 |
| 60-64 | F | 59 | 31 | | 1 | 39 | 1 | 131 |
| 65-69 | F | 29 | 7 | | | 29 | 1 | 66 |
| 70-74 | F | 8 | 6 | | | 20 | 4 | 38 |
| 75-79 | F | 2 | | | | 10 | 2 | 14 |
| 80-84 | F | 1 | 1 | | | 16 | 2 | 20 |
| 85-89 | F | | | | | 8 | 1 | 9 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 982 | 668 | 942 | 130 | 150 | 12 | 2,884 |

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TOTAL | CONYUGO | MAJESTRADO DE LEY | MAJESTRADO DE HONOR | PROFESOR | ASISTENTE | TOTAL |
|-----------------------------|------|--------------|------------|-------------------|---------------------|------------|-----------|--------------|
| 0-19 | M | | | 734 | | | | 734 |
| 20-24 | M | 43 | | 201 | | | | 244 |
| 25-29 | M | 126 | 8 | | 89 | | | 223 |
| 30-34 | M | 121 | 24 | | 27 | | | 172 |
| 35-39 | M | 155 | 45 | | 10 | | | 210 |
| 40-44 | M | 197 | 53 | | 5 | | | 255 |
| 45-49 | M | 181 | 51 | | 1 | 2 | | 235 |
| 50-54 | M | 130 | 39 | | | 5 | | 174 |
| 55-59 | M | 94 | 41 | | | 11 | | 146 |
| 60-64 | M | 58 | 24 | | | 10 | 1 | 93 |
| 65-69 | M | 20 | 14 | | | 9 | | 43 |
| 70-74 | M | 12 | 4 | | | 11 | 5 | 32 |
| 75-79 | M | 2 | 4 | | | 11 | 2 | 19 |
| 80-84 | M | 2 | 1 | | | 4 | 2 | 9 |
| 85-89 | M | | | | | 1 | | 1 |
| 90-94 | M | | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 1,141 | 308 | 935 | 132 | 64 | 10 | 2,590 |
| Total | | 2,123 | 976 | 1,677 | 262 | 214 | 22 | 5,474 |

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

POBLACIÓN C.J.F.

POÍZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL OPERATIVO
(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.1)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONTRIB | PLACEMED | PLACEMAY | PLACED | ASIGNA | TOTAL |
|----------------------------|------|---------------|--------------|---------------|------------|--------------|-----------|---------------|
| 0-19 | F | 14 | 16 | 8,509 | 0 | 0 | 0 | 8,539 |
| 20-24 | F | 884 | 196 | 1,719 | 0 | 2 | 0 | 2,801 |
| 25-29 | F | 2,270 | 663 | 0 | 632 | 0 | 0 | 3,565 |
| 30-34 | F | 2,157 | 944 | 0 | 187 | 0 | 0 | 3,288 |
| 35-39 | F | 2,237 | 905 | 0 | 56 | 1 | 0 | 3,199 |
| 40-44 | F | 2,105 | 818 | 0 | 12 | 20 | 0 | 2,955 |
| 45-49 | F | 1,830 | 644 | 0 | 3 | 77 | 3 | 2,557 |
| 50-54 | F | 1,247 | 435 | 0 | 0 | 160 | 2 | 1,844 |
| 55-59 | F | 762 | 295 | 0 | 0 | 312 | 11 | 1,380 |
| 60-64 | F | 357 | 132 | 0 | 0 | 353 | 17 | 859 |
| 65-69 | F | 119 | 40 | 0 | 1 | 317 | 12 | 489 |
| 70-74 | F | 27 | 18 | 0 | 0 | 214 | 18 | 277 |
| 75-79 | F | 4 | 7 | 0 | 0 | 151 | 11 | 173 |
| 80-84 | F | 8 | 0 | 0 | 0 | 104 | 9 | 121 |
| 85-89 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 | 3 | 40 |
| 90-94 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 95-99 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 14,021 | 5,113 | 10,228 | 891 | 1,748 | 86 | 32,087 |

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONTRATA | NO ASEGURADO | NO ASEGURADO | PASIVO | ASISTENTE | TOTAL |
|-----------------------------|------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|------------|---------------|
| 0-19 | M | 19 | 5 | 8,632 | 0 | 0 | 0 | 8,656 |
| 20-24 | M | 854 | 14 | 1,741 | 1 | 0 | 0 | 2,610 |
| 25-29 | M | 2,301 | 153 | 5 | 705 | 0 | 0 | 3,164 |
| 30-34 | M | 2,078 | 433 | 1 | 227 | 0 | 0 | 2,739 |
| 35-39 | M | 1,831 | 686 | 1 | 58 | 0 | 0 | 2,576 |
| 40-44 | M | 1,553 | 824 | 0 | 14 | 3 | 0 | 2,394 |
| 45-49 | M | 1,113 | 792 | 0 | 3 | 11 | 0 | 1,919 |
| 50-54 | M | 800 | 573 | 0 | 0 | 67 | 1 | 1,441 |
| 55-59 | M | 493 | 408 | 0 | 0 | 102 | 3 | 1,006 |
| 60-64 | M | 276 | 201 | 0 | 0 | 170 | 4 | 651 |
| 65-69 | M | 99 | 94 | 0 | 0 | 195 | 10 | 398 |
| 70-74 | M | 33 | 35 | 0 | 0 | 104 | 14 | 186 |
| 75-79 | M | 11 | 11 | 0 | 0 | 66 | 6 | 94 |
| 80-84 | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 42 | 3 | 46 |
| 85-89 | M | 2 | 1 | 0 | 0 | 28 | 0 | 31 |
| 90-94 | M | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 95-99 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 11,464 | 4,231 | 10,380 | 1,008 | 788 | 41 | 27,912 |
| Total | | 25,485 | 9,344 | 20,608 | 1,899 | 2,536 | 127 | 59,999 |

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

POBLACIÓN TRIBUNAL ELECTORAL

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL OPERATIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.1)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TIEMPO | CONTINUA | REJOSERVIDA DE PAGO | NO O BAJADA DE PAGO | EMPLEO | GUARDIA | TOTAL |
|----------------------------|------|------------|------------|------------------------|------------------------|-----------|----------|------------|
| 0-19 | F | | | 185 | | | | 185 |
| 20-24 | F | 11 | 7 | 46 | | | | 64 |
| 25-29 | F | 51 | 18 | | 17 | | | 86 |
| 30-34 | F | 39 | 25 | | 10 | | | 74 |
| 35-39 | F | 34 | 31 | | 7 | 1 | | 73 |
| 40-44 | F | 40 | 32 | | 1 | 1 | | 74 |
| 45-49 | F | 29 | 27 | | 1 | 2 | | 59 |
| 50-54 | F | 19 | 22 | | | 5 | | 46 |
| 55-59 | F | 15 | 16 | | | 12 | | 43 |
| 60-64 | F | 16 | 7 | | | 6 | | 29 |
| 65-69 | F | 4 | 4 | | | 9 | | 17 |
| 70-74 | F | 2 | 2 | | | 9 | | 13 |
| 75-79 | F | | 1 | | | 5 | | 6 |
| 80-84 | F | | | | | 3 | | 3 |
| 85-89 | F | | | | | | | 0 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 260 | 192 | 231 | 36 | 53 | 0 | 772 |

Gastos Médicos Mayores

PERSONAL OPERATIVO

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONYUGE | Hijos menores de edad | Hijos mayores de edad | PAREJA | OTRO | TOTAL |
|-----------------------------|------|------------|------------|-----------------------|-----------------------|-----------|----------|--------------|
| 0-19 | M | | 1 | 184 | | | | 185 |
| 20-24 | M | 14 | 1 | 38 | | | | 53 |
| 25-29 | M | 38 | 6 | | 26 | | | 70 |
| 30-34 | M | 38 | 10 | | 11 | | | 59 |
| 35-39 | M | 38 | 14 | | 3 | | | 55 |
| 40-44 | M | 42 | 11 | | 2 | | | 55 |
| 45-49 | M | 43 | 13 | | | 1 | | 57 |
| 50-54 | M | 31 | 8 | | | 2 | | 41 |
| 55-59 | M | 22 | 7 | | | 2 | | 31 |
| 60-64 | M | 10 | 5 | | | 3 | | 18 |
| 65-69 | M | 9 | 3 | | | 5 | | 17 |
| 70-74 | M | 2 | | | | 2 | 1 | 5 |
| 75-79 | M | 1 | | | | 3 | | 4 |
| 80-84 | M | 1 | | | | 2 | | 3 |
| 85-89 | M | | | | | | | 0 |
| 90-94 | M | | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 289 | 79 | 222 | 42 | 20 | 1 | 653 |
| Total | | 549 | 271 | 453 | 76 | 73 | 1 | 1,425 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUBPARTIDA 1.2

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS
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 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 determine proteger, siempre y cuando estos últimos sean dependientes económicos, solteros, para lo cual como requisito únicamente presentará manifestación por escrito el servidor público contratante.

Para el aseguramiento, el servidor público deberá presentar, según sea el caso, lo siguiente:

- Acta de nacimiento.
- Resolución judicial que determine el vínculo legal.
- Acta de matrimonio.
- Acta o constancia de concubinato emitida por la autoridad correspondiente, testimonio notarial, según la entidad.
- Constancia de convivencia conyugal.

La prima de seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad el servidor público contratante.

En cuanto a los ascendientes deberá considerarse la edad máxima de aseguramiento de hasta 89 años de edad, cancelándose de manera automática al cumplir los 90 años de edad en el ejercicio fiscal inmediato siguiente.

Para el aseguramiento de ascendientes e hijos mayores de 25 años, de nuevo ingreso a la colectividad, es decir que no hubiese estado asegurado en la póliza institucional como hijo menor de 25 años, el servidor público contratante, deberá presentar acta de nacimiento de la persona por asegurar.

Los hijos mayores de 25 años, que ya venían asegurados y que en el año fiscal inmediato anterior cumplieron 25 años de edad, de manera automática continuarán asegurados, con cargo al servidor público. En caso de no desear continuar con el aseguramiento deberá realizarse la solicitud de baja conforme lo establecido en las cláusulas generales 8 MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) y 10. 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 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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 período 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.

Será cubierto mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" siempre y cuando se trate de Hospital y Médicos de Red, derive en hospitalización y en caso contrario "LA INSTITUCIÓN" 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

Se cubrirán los padecimientos preexistentes, 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 médico.

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 en términos de la Circular Única de Seguros y Fianzas, capítulo 4.5, Disposición 4.5.12, 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 cobertura de los padecimientos preexistentes estará sujeta a lo estipulado en las presentes condiciones y solo en caso de controversia el asegurado y "LA INSTITUCIÓN", podrán realizar las gestiones correspondientes de conformidad a la legislación aplicable.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN".

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 2017, 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 INSTITUCIÓN" pueda cubrir los padecimientos establecidos con periodo de espera.

Con la utilización simultánea 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.

En caso de que en los listados de médicos de red de LA INSTITUCIÓN no exista un médico de la especialidad en convenio en la localidad en la que sea necesaria su consulta, se deberá considerar al médico tratante del asegurado como médico de red, siempre que se encuentren sus honorarios dentro de los establecidos en la tabla I.Q. para la enfermedad o accidente cubiertos por la póliza.

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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

11. SUMA ASEGURADA.

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

Dicho monto se determinará multiplicando el número de UMA's indicado en el certificado individual de la póliza por la Unidad de Medida de Actualización Mensual Vigente en la Ciudad de México (UMAMVCDMX) 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, 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 menores y mayores de 25 años) | 2 UMAMVCDMX |
| Ascendientes (Padres, suegros): | 3 UMAMVCDMX |

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 con un tope máximo de \$40,000.00 M.N., por cada siniestro.

14. HONORARIOS MÉDICOS.

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado, de conformidad con la tabla de I.Q. (39 o 60 UMAMVCDMX).

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 cubiertos, 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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".

20. COORDINACIÓN MÉDICA.

Es el área dependiente de "LA INSTITUCIÓN" para otorgar los siguientes servicios:
Información al Asegurado y sus dependientes referente al alcance de su póliza.

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 INSTITUCIÓN" 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.

También liquidará directamente los honorarios a los Médicos que no perteneciendo a la citada red médica acepten mediante firma autógrafa por escrito o en el formato respectivo, el pago de tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red.

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 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 establece 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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 corresponda al Poder Judicial de la Federación.

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 INSTITUCIÓN" 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, fecha de impresión, 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN".

La Aseguradora.

31. TABLA DE I.Q. (TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS)

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCIÓN" 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 (reembolso y pago mixto). En esta tabla se determina el porcentaje máximo a pagar por tipo de procedimiento quirúrgico.

Los servidores públicos podrán voluntariamente contratar la "Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos" hasta 60 UMAMVCDMX mediante el pago total de la prima de seguro correspondiente, siempre y cuando cuenten con el incremento de suma asegurada al menos a la inmediata siguiente de la suma básica (111, 148 y 333), que le corresponda por su nivel de puesto. Los servidores públicos deberán considerar que en caso de que la suma básica se modifique en razón de su nivel de puesto, es necesario realizar nueva solicitud de contratación de esta cobertura que está sujeta al incremento de suma asegurada (potenciación), mediante el llenado de formato correspondiente, dentro de los 30 días naturales siguientes a dicha modificación, o dentro del periodo establecido que se menciona en el siguiente párrafo.

Los periodos en los que podrán contratar el incremento de la tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX serán los establecidos en el párrafo segundo de la cláusula general No. 8. MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS DE ASEGURADOS E INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN), salvo para el personal de nuevo ingreso que podrá realizar este incremento dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de su incorporación.

La tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX aplica para nuevos padecimientos, a partir de la fecha de contratación.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

32. DERECHO DE CONVERSIÓN

Permite convertir la póliza institucional en individual cuando el servidor público y/o sus dependiente asegurados causen baja de la colectividad asegurada de cualquier póliza institucional del Poder Judicial de la Federación.

La conversión a una Póliza Individual de Gastos Médicos Mayores se dará a una póliza individual de las que comercializa "LA INSTITUCIÓN" con condiciones similares a las del Poder Judicial de la Federación y los costos que correspondan quedando a cargo del asegurado el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

Podrán ejercer el Derecho de Conversión individual los asegurados que hayan causado baja de la colectividad de cualquier póliza institucional del Poder Judicial de la Federación, que hayan ejercido o no su derecho de continuidad al término del ejercicio fiscal. "LA INSTITUCIÓN" les renovará bajo el producto de gastos médicos mayores individual más cercano a las condiciones y precio que se tenía en la póliza colectiva.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula y endosos de esta póliza, de conformidad con estas condiciones generales, terminando la obligación de "LA INSTITUCIÓN" con el agotamiento de la suma asegurada vigente al momento de suceder el siniestro.

Se cubrirán pagos de complementos o colas de siniestros abiertos, es decir, "LA INSTITUCIÓN" pagará las reclamaciones abiertas a partir del 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2017, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

El pago de complementos es hasta por el monto de la suma asegurada remanente del padecimiento de que se trate.

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 que estén directamente relacionados con la enfermedad o accidente cubiertos, así como anexar la factura de la farmacia con copia de la receta. Las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables (entregar archivos electrónicos PDF y XML).
4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de la Tabla de I.Q. que se contrate, de acuerdo a los porcentajes establecidos en dicha Tabla por padecimiento y tratamiento en cada caso. Este porcentaje es determinado por el área médica de "LA INSTITUCIÓN"; aplicable en pago directo o 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

En el caso de reembolso "LA INSTITUCIÓN" aplicará los tabuladores de acuerdo a la tabla de intervenciones quirúrgicas contratada:

- 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 médico que 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 INSTITUCIÓN".
- 4.4. Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:
 - Cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista de conformidad con la tabla de IQ contratada para enfermedades o accidentes cubiertos conforme a las condiciones generales de la póliza.
 - Hospital, se pagará el 60% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.
- 4.5. Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 o más padecimientos cubiertos, se pagarán las reclamaciones de la siguiente manera:
 - Para el primer padecimiento se tabularán los honorarios del cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista al 100% conforme a la tabla de IQ contratada y el segundo y subsecuentes procedimientos quirúrgicos se tabularán los honorarios del cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista al 50% conforme a la tabla de IQ contratada.
 - Hospital, se pagará 100% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.
5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito y justificado 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, por cada padecimiento o accidente cubiertos por la póliza.
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 cubiertos.
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 cubiertos. Los anteriores son enunciativos y no limitativos.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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 cubiertos. El límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCIÓN" para este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.

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 cubiertos 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 que el siniestro no esté amparado por esta póliza, "LA INSTITUCIÓN" pagará por única ocasión el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre por reembolso, siempre y cuando el evento se haya originado dentro de la vigencia de la póliza. El pago de ambulancia por única ocasión aplicará por asegurado.

La indemnización del costo de la ambulancia terrestre se considerará dentro de la siniestralidad de las pólizas de Gastos Médicos Mayores.

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 cubiertos 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, como 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 contratada.

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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

18. Se cubren los Padecimientos Preexistentes, según se definen en la Póliza, siempre y cuando en un período de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento médico.
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, veideltismo, 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 INSTITUCIÓN" para este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.
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 UMAMVCDMX. Esta cobertura será únicamente para la titular, cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo, cuya edad se encuentre entre los 15 y 45 años de edad.
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 se utilice de manera simultánea médico (neonatólogo o pediatra) y hospital de la red médica de "LA INSTITUCIÓN".
- La responsabilidad de "LA INSTITUCIÓN" es de hasta 3 UMAMVCDMX, cantidad sobre la cual se aplicará el deducible de 1 UMAMVCDMX 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 INSTITUCIÓN" 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, estos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del evento e indicados al alta de la paciente, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 30 UMAMVCDMX.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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 e Hijas mayores y menores de 25 años de edad.

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 fecha de la expedición del documento que valide el vínculo o 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.

Esta cobertura solo podrá otorgarse a la Titular, cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo, cuya edad sea entre 15 y 45 años de edad.

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, estos 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.

Esta cobertura solo podrá otorgarse a la Titular, cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo, cuya edad sea entre 15 y 45 años de edad.

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 fecha de la expedición del documento que valide el vínculo) o 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

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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 UMAMVCDMX.

26. **Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario:** Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertos hasta por una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX, 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 de parto, placenta acreta, placenta increpa, placenta preincreta, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina, varices vulvares o vaginales, embarazo extrauterino, toxicosis gravídica, eclampsia, preclampsia, molahidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembrionario, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

Los honorarios médicos quirúrgicos así como los gastos hospitalarios se cubrirán hasta una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX.

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.

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 fecha de la expedición del documento que valide el vínculo o 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.

27. **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 INSTITUCIÓN" sobre el nacimiento, dentro de los 90 días naturales siguientes a su acontecimiento.

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

28. 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 (5 estudios por vigencia, por asegurado y por padecimiento).

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA.

29. Tratamiento médico y quirúrgico derivado del trasplante de córnea 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 de conformidad a lo establecido en la Cláusula 22. **RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.**

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.

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

31. 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 (uso simultáneo de médico y hospital de la Red de "LA INSTITUCIÓN"). Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada contratada.

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

32. 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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 (uso simultáneo de médico y hospital de la Red de "LA INSTITUCIÓN"). Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

33. 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.
34. 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

35. 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.

El reconocimiento de antigüedad no implica que se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la presente póliza con "LA INSTITUCIÓN".

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 INSTITUCIÓN".

36. 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 cubiertos 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.
37. "LA INSTITUCIÓN" deberá garantizar un convenio en el que los asegurados al momento de ingresar al hospital exenten el depósito de ingreso hasta las primeras 24 horas siguientes a su internamiento, tiempo en que "LA INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN", el asegurado deberá realizar las acciones conducentes.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

38. COBERTURA INTERNACIONAL

Los gastos médicos erogados por el asegurado fuera de la República Mexicana estarán sujetos a lo siguiente:

- Para reclamaciones en el extranjero operará una protección sujeta a las mismas definiciones, condiciones generales y cláusulas generales de esta póliza, con aplicación del pago de deducible obligatorio por cada siniestro y coaseguro del 20% con tope máximo de \$40,000.00 por cada siniestro.
- La suma asegurada que se considera para la cobertura en el extranjero es la que tenga el asegurado contratada al momento del primer gasto o síntoma del padecimiento. En caso de accidente se elimina el pago de coaseguro.
- En su caso "LA INSTITUCIÓN" 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. COBERTURAS ADICIONALES:

Las coberturas adicionales se otorgan a todos los servidores públicos titulares, cónyuges, concubina o concubino o pareja del mismo sexo, así como a los hijos menores de 25 años de edad, cuya prima de Seguro estará a cargo del Poder Judicial de la Federación.

Para los ascendientes (padres o suegros) e hijos mayores de 25 años, la contratación será voluntaria y la prima de seguro estará a cargo del servidor público contratante y aplicará, en su caso, para todos los asegurados a su cargo. Las coberturas adicionales aplicarán a partir de la fecha de su contratación.

Las coberturas adicionales son las que se mencionan a continuación:

TRATAMIENTOS DENTALES: Para el caso de tratamientos dentales, se cubrirán con el proveedor de servicios en convenio con "LA INSTITUCIÓN", de conformidad a lo siguiente:

Consultas, una profilaxis al año, radiografías, amalgamas, resinas, exodoncias, endodoncias, extracciones hasta la suma asegurada de \$10,000.00 con aplicación de deducible anual con tope de \$1,800.00, mediante 9 pagos de \$200.00 por cada servicio cubierto.

El pago de los \$200.00 será por procedimiento realizado, es decir, por cada amalgama, resina, endodoncia, extracción, limpieza, etc.

Esta cobertura no contempla tratamientos estéticos; de ortodoncia, implantes, etc.

OBESIDAD MÓRBIDA. Es la alteración de la salud, el cual se caracteriza por un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 40.

REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA: Para acceder a esta cobertura, es indispensable cumplir con el requisito de incrementar la suma asegurada (potenciación), al menos a la suma asegurada inmediata siguiente de la básica que le corresponda por el nivel de puesto.

Quedan amparados el titular, cónyuge, concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, e hijos menores de 25 años de edad, pudiendo ser extensiva mediante la contratación voluntaria de las

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

coberturas adicionales para los hijos(as) mayores de 25 años de edad y ascendientes (padres o suegros).

- Esta cobertura se otorgará siempre y cuando, a la fecha de agotamiento de la suma asegurada del siniestro cubierto, el asegurado cuente con incremento de suma asegurada (potenciación) al menos al siguiente nivel respecto de su suma asegurada básica. La reinstalación será por una sola ocasión por cada siniestro, hasta la suma asegurada contratada a la fecha del primer síntoma, gasto o diagnóstico del siniestro.
- Los siniestros cubiertos por esta póliza que podrán ser reinstalados serán los que tengan como fecha de primer síntoma, gasto o diagnóstico, a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 y hasta los originados en la presente vigencia.
- Los siniestros que cuenten con suma asegurada remanente, derivada de la reinstalación de suma por un accidente o enfermedad cubiertos, durante el periodo de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2017, se cubrirá hasta el remanente de la misma sin derecho a una nueva reinstalación.
- Los siniestros originados en póliza distinta a las pólizas institucionales del Poder Judicial de la Federación, no contarán con esta cobertura.

PAGO DE COMPLEMENTOS Y/O COLAS DE SINIESTROS: Los asegurados de nueva incorporación a la colectividad, que estaban asegurados en compañías aseguradoras diferentes, tienen derecho al pago de complementos hasta el monto de la suma asegurada remanente, cuyo tope máximo será el equivalente a la suma asegurada básica que le corresponda en el 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.

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS: 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.

F. 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 excluidos.

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 nevos 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, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual está cubierta a través de las COBERTURAS ADICIONALES.
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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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, salvo aquellas alteraciones del sueño que hayan sido originadas por un accidente.
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, aun 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 28 del Apartado B, de las Condiciones Generales.
23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, salvo los tratamientos dentales amparados en las COBERTURAS ADICIONALES.
24. Honorarios de ayudantes en el parto o aborto involuntario.
25. Complementos vitamínicos ni fórmulas infantiles.
26. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar, padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge del asegurado o el mismo asegurado.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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 INSTITUCIÓN", 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 y que sean dependientes económicos.

La prima de Seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad el servidor público contratante.

En cuanto a los ascendientes e hijos deberán considerarse los topes máximos de edad en cada ejercicio fiscal establecidos en la cláusula 10.- EDAD.

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de 2017 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2019.

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 INSTITUCIÓN". En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por "LA INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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 INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN", 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 decremento de suma asegurada del 31 de diciembre de 2017 al 15 de febrero de 2018 y del 2 de abril de 2018 al 16 de abril de 2018; después de este plazo no podrán solicitar trámites de aseguramiento. Mismo período aplica para 2019.

La potenciación de suma asegurada se podrá realizar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza. La potenciación que se contrate durante la vigencia de la póliza tiene efecto solamente sobre siniestros que, amparados por el contrato de seguro y resulten procedentes, ocurran con posterioridad a la contratación de la potenciación.

La suma Asegurada de la potenciación aplicará únicamente para padecimientos nuevos (primeros síntomas, gastos o diagnóstico) originados después de la contratación de ésta, siempre que se trate de enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza.

Si el asegurado titular determina potenciar su suma asegurada y/o asegurar a sus ascendientes (padres, suegros) e hijos mayores de 25 años, los términos y condiciones serán los mismos que el asegurado titular, salvo la suma asegurada la cual será con tope máximo de 1000 UMAMVCDMX para ellos, cuando el asegurado titular se encuentre potenciado a una suma mayor.

La fecha de inicio de potenciación, así como el alta de dependientes económicos (cónyuge, hijos, padres del titular y del cónyuge, etc.) 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, las cuales deberán realizarse dentro de los

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

períodos establecidos para este tipo de movimientos, salvo los que se realicen dentro de los primeros 18 días naturales del mes de enero de 2018 y 2019, los cuales aplicarán de manera retroactiva al inicio del ejercicio fiscal que corresponda.

Se podrá solicitar baja de asegurados o decremento de suma asegurada del 31 de diciembre de 2017 al 15 de febrero de 2018 y del 2 de abril de 2018 al 16 de abril de 2018; después de este plazo no podrán solicitar trámites de baja o decremento de suma asegurada. Mismo período aplica para 2019.

Los servidores públicos que no deseen la renovación de sus dependientes económicos (hijos mayores de 25 años, padres, suegros, etc.) podrán realizar la baja, mediante llenado de formato correspondiente, en los períodos establecidos en el párrafo anterior.

Para efectos de cobranza por aplicar en la quincena 3/2018, los movimientos de bajas de asegurados, decrementos o cancelaciones de suma asegurada que se realicen del 31 de diciembre de 2017 al 18 de enero de 2018 se aplicarán de manera retroactiva al 31 de diciembre de 2017. Mismo período aplica para 2019.

Después de los períodos especificados en párrafos anteriores, no se podrá solicitar el alta, baja 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, o la contratación de la Tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX.

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.

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 período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

Los servidores públicos de nuevo ingreso podrán solicitar el alta de hijos mayores de 25 años que sean solteros y dependientes económicos, así como 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. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

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 solicitarla 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 período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

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 la incorporación de su cónyuge,

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del matrimonio o expedición del documento que formalice el vínculo. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

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 período, no podrá solicitar su baja sino hasta el inicio del siguiente período de aseguramiento.

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 el siguiente período de aseguramiento.

Podrán incorporarse a otra póliza de alguna 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. Este beneficio procederá también para sus dependientes (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres o suegros) que hubieren estado asegurados a la fecha de baja, siempre y cuando se solicite dentro de los 45 días naturales posteriores a la baja. Después de este período no podrán solicitar su incorporación, sino hasta el siguiente período de aseguramiento.

En caso de que se presente el fallecimiento de algún dependiente económico protegido en esta póliza, el movimiento de baja será operado a la fecha del suceso, siempre y cuando éste se informe durante el año del acontecimiento, en caso contrario, la baja se considerará a la fecha de inicio del año que transcurre.

Todo movimiento de altas, bajas de asegurados, incrementos de suma asegurada (potenciación) o decrementos de la misma, contratación de la Tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX, etc., se realizarán por conducto de las Instancias del Poder Judicial de la Federación ante "LA INSTITUCIÓN".

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 INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN", 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, sin embargo, sí podrán solicitar una nueva póliza individual haciendo uso del DERECHO DE CONVERSIÓN que se menciona en la cláusula 23 de estas condiciones generales.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, "LA INSTITUCIÓN" 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 de la prima básica para el contratante y/o asegurados, una vez transcurrido dicho año fiscal, no podrán continuar asegurados en la colectividad, sin embargo, si podrán solicitar una nueva póliza individual haciendo uso del DERECHO DE CONVERSIÓN que se menciona en la cláusula 23 de estas condiciones generales.

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

Asimismo "LA INSTITUCIÓN" 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 aun 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 INSTITUCIÓN".

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 cumplan 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 INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" para su conciliación y aplicación.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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, de la siguiente manera:
 - A la semana posterior al envío, cada Instancia evaluará los reportes y remitirá a "LA INSTITUCIÓN" sus observaciones.
 - "LA INSTITUCIÓN", 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 semestrales y/o anuales de la población asegurada de conformidad con las características requeridas por cada Instancia, a efecto de verificar la correcta aplicación del pago de primas básicas, adicionales y/o a cargo de los servidores públicos, y en su caso "LA INSTITUCIÓN" deberá efectuar el ajuste correspondiente.

"LA INSTITUCIÓN" deberá notificar al contratante, dentro de los siguientes 15 días naturales, posteriores a la fecha de recepción de la información del pago de primas correspondientes a la segunda quincena de cada mes, descontadas vía nómina, los ajustes que, en su caso, fueran procedentes.

- 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 INSTITUCIÓN" 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.
- g. Al término de la vigencia "LA INSTITUCIÓN" deberá entregar un reporte completo y detallado de todos los pagos realizados que contenga como datos mínimos los siguientes: Número de Siniestro, Póliza, Suma Asegurada correspondiente, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), año, periodo del

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

reporte, consecutivo de liquidación, fecha primer gasto, fecha de pago, fecha de registro, ciudad, estado, descripción del padecimiento, hospital o proveedor, deducible, coaseguro, importe pagado sin IVA, IVA, importe pagado con IVA, tipo de siniestro, tipo de pago, origen del siniestro (póliza del PJJ u otra póliza) y remanente de suma asegurada.

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 89 años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los 90 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 INSTITUCIÓN" podrá solicitar en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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, 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.

El pago de la prima de la suma asegurada potenciada, Tabla de IQ a 60 UMAMVCDMX, 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 así como de las coberturas adicionales para ascendientes (padres y suegros) e hijos mayores de 25 años, contratadas de manera voluntaria por el Asegurado Titular, se determinará de acuerdo al monto de suma asegurada elegida por éste, quien efectuará su pago en forma anual o mediante cargo a su salario a través de descuento por el sistema de nómina de cada Instancia.

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 suma asegurada potenciada a la que podrán acceder los ascendientes (padres y suegros) e hijos mayores de 25 años será hasta 1000 UMAMVCDMX

"LA INSTITUCIÓN" está obligada a presentar a cobro las primas a cargo del contratante 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 a cargo de los asegurados titulares, deberá efectuarse en las oficinas de cada Instancia Administrativa y/o a través del sistema de nómina, para el caso del descuento quincenal.

"LA INSTITUCIÓN" 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 tarjetas de identificación de aseguramiento.

La prima de Seguros por concepto de aseguramiento de ascendientes (padres o suegros), así como los hijos dependientes económicos mayores de 25 años de edad la cubre en su totalidad el servidor público contratante.

En cuanto a los Ascendientes e Hijos deberá considerarse los topes máximos de edad en cada ejercicio fiscal.

13. PERÍODO 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

14. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos, el asegurado liquidará el deducible obligatorio y, en su caso, el coaseguro correspondiente de conformidad con lo establecido en las condiciones generales de la póliza.

PAGO DE RECLAMACIONES.

"LA INSTITUCIÓN" 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 efectuados en Hospitales debidamente autorizados.

"LA INSTITUCIÓN" 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 período 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 INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 vigentes.

Las reclamaciones tramitadas en la ciudad de México y Zona Metropolitana así como en el interior de la República, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que "LA INSTITUCIÓN" 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.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito y previa solicitud del asegurado titular "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN", 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, así como el pago de coaseguro que, en su caso, corresponda de conformidad con lo establecido en la cláusula general 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$40,000.00 pesos por cada siniestro cubierto por la póliza y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a los 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.

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 INSTITUCIÓN" 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 por escrito.

Para los trámites de programación de cirugías, tratamientos, o medicamentos, "LA INSTITUCIÓN" tendrá hasta 5 (cinco) días hábiles para proporcionar la respuesta.

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 con "LA INSTITUCIÓN" o aun no perteneciendo a la misma haya aceptado por escrito el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para informar la procedencia del Reporte en el Hospital "LA INSTITUCIÓN" por conducto de un representante informará al asegurado, en un plazo no mayor a 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a "LA INSTITUCIÓN" y de que ésta cuente con toda la información necesaria para emitir dictamen correspondiente.

"LA INSTITUCIÓN" 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 obtener la firma de conformidad del Médico, en

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

el formato o mediante escrito la aceptación del monto de los honorarios que "LA INSTITUCIÓN" cubrirá de acuerdo al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico. El formato o escrito deberá firmarse por cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales "LA INSTITUCIÓN" deberá cubrir sus honorarios.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad el Asegurado pagará el deducible y en su caso, coaseguro correspondiente 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 cuyo tope será de \$40,000.00 pesos por cada siniestro.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el periodo de espera, de conformidad con lo establecido en la presente póliza.

b. REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos, podrá solicitar mediante reembolso, y "LA INSTITUCIÓN" le indemnizará aplicando en su caso el deducible correspondiente y el 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.

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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" deberá informar en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que se requisiite.

"LA INSTITUCIÓN" cubrirá los gastos reclamados que así procedan, por padecimientos y/o accidentes cubiertos tramitados en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, así como en el interior de la República, 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 INSTITUCIÓN" 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.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCIÓN" pagará \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso a solicitud del Asegurado o de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación correspondiente.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA INSTITUCIÓN" 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

3. Facturas, recibos de honorarios, etc., que satisfagan los requisitos fiscales vigentes (entregar archivos electrónicos PDF y XML) de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, 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 éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.
6. Formato de autorización para pago, en su caso, de transferencia electrónica.
7. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario copia fotostática de la interpretación.
8. 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), 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 se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$40,000.00 M.N. por cada siniestro.

Cuantía del reembolso.- La cantidad que "LA INSTITUCIÓN" 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, de ser aplicable, la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$40,000.00 M.N. por siniestro, 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 cubiertos de conformidad con las condiciones generales de la póliza.
4. En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el periodo de espera, de conformidad con lo establecido en la presente póliza.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

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, sean liquidados mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" 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 en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, conforme a lo establecido en la presente póliza.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$40,000.00 M.N. por cada siniestro.

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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 PARA NUEVAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS.

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 dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora como lo establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, conforme a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo 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, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y 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 Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y 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 a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo 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 únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las 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 el pago 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 Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida 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 precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la Institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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:

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES.

- a. La terminación del contrato por cualquiera de las causas establecidas en este procedimiento.
- 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 INSTITUCIÓN" pretenda dar por terminado o concluir el presente contrato póliza anticipadamente, esto sólo 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 INSTITUCIÓN" en este seguro al vencimiento de los 730 días posteriores a cada aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas netas pagadas (sin I.V.A.) de las coberturas básicas y adicionales (pagadas por el Poder Judicial de la Federación) menos el monto de siniestros (sin I.V.A.) que afecten estas mismas coberturas, ocurridos en el ejercicio de todas las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación. El dividendo se otorgará a favor de la contratante por ser quien paga las primas de estas coberturas.

Para lo anterior, "LA INSTITUCIÓN" estará obligada a llevar un control detallado de todos los siniestros, mediante el cual presente con la periodicidad que le sea requerida, la siniestralidad agrupada por cobertura afectada (Básica, Adicional y Potenciada), lo anterior sin menoscabo de cualquier otro tipo de reporte que esté previsto dentro de los documentos de la licitación.

Para efecto de la determinación de dicho dividendo, "LA INSTITUCIÓN" efectuará al final de los 730 días posteriores a cada 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 de las coberturas Básicas y Adicionales del periodo vencido, se deducirá el importe de los siniestros que afecten estas coberturas, reclamados y pagados del propio periodo.
- b. Si la suma de los siniestros reclamados en el periodo 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.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

A continuación se presenta la clasificación de hospitales considerando la aplicación de deducible y coaseguro conforme a la suma asegurada contratada, para enfermedades o accidentes cubiertos por esta póliza:

MANDOS MEDIOS CON SUMA ASEGURADA DE 111 Y 148 UMAMVCDMX *

| Suma Asegurada expresada en UMAMVCDMX | Clasificación de Hospitales | Deducible | Coaseguro | Observaciones |
|---------------------------------------|-----------------------------|---|-----------|--|
| 111 148 185 333 444 | Tipo "A" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 20% | La aplicación de deducible es obligatoria por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. El coaseguro es aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, con tope máximo de \$40,000.00 M.N. por cada siniestro de acuerdo al tipo de hospital. |
| 592 o más | Tipo "A" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención, implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar el coaseguro cuyo porcentaje sea mayor con tope de \$40,000.00 por cada siniestro. |
| 111 148 185 | Tipo "B" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 15% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención, implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar únicamente el coaseguro especificado para la enfermedad en dichas condiciones, con tope de \$40,000.00. |
| 333 o más | Tipo "B" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | |
| 111 o más | Tipo "C" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | |

*La suma asegurada básica depende del nivel de puesto.

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES CON SUMA ASEGURADA DE 333 UMAMVCDMX *

| Suma Asegurada expresada en UMAMVCDMX | Clasificación de Hospitales | Deducible | Coaseguro | Observaciones |
|---------------------------------------|-----------------------------|---|-----------|--|
| 333 444 592 | Tipo "A" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 20% | La aplicación de deducible es obligatoria por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. El coaseguro es aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, con tope máximo de \$40,000.00 M.N. por cada siniestro de acuerdo al tipo de hospital. |
| 740 o más | Tipo "A" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención, implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar el coaseguro cuyo porcentaje sea mayor con tope de \$40,000.00 por cada siniestro. |
| 333 444 | Tipo "B" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 15% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención no implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar únicamente el coaseguro especificado para la enfermedad en dichas condiciones, con tope de \$40,000.00. |
| 592 o más | Tipo "B" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | |
| 333 o más | Tipo "C" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 UMAMVCDMX Padres y/o suegros: 3 UMAMVCDMX | 0% | |

*La suma asegurada básica depende del nivel de puesto.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

TABLA HOSPITALES

| RELACION DE HOSPITALES | | |
|---|---|--|
| Hospitales Tipo "A" | Hospitales Tipo "B" | Hospitales Tipo "C" |
| <p>Ciudad de México Hospital Angeles del Pedregal Hospital Angeles de las Lomas Hospital ABC Hospital ABC Santa Fe</p> <p>Guadalajara, Jal. Hospital Real San José de Zapopan Hospital Angeles del Carmen</p> <p>Cd. Juárez, Chih. Hospital Angeles Cd. Juárez</p> <p>Puebla, Puebla Hospital Angeles Puebla</p> <p>Tijuana, B.C. Hospital Angeles de Tijuana</p> <p>Aguascalientes, Agsc. Centro Médico Quirúrgica</p> <p>Saltillo, Coahuila Hospital Mujeresza</p> <p>Torres, Coahuila Hospital Angeles Torreon</p> <p>León, Gto. Hospital Angeles de León</p> <p>Puerto Vallarta, Jal. Hospital Amenmed</p> <p>Monterrey, N.L. Hospital Mujeresza Monterrey Hospital Ban José de Monterrey Hospital Oca Santa Engracia</p> <p>Querétaro, Qro. Hospital Angeles de Querétaro</p> <p>Cancun, Q. Roo Hospital Gálvez de Cancun</p> <p>Villahermosa, Tabasco CERACOM Angeles Villahermosa</p> <p>Xalapa, Veracruz Hospital Angeles Xalapa</p> | <p>Ciudad de México Hospital Médico Sur Hospital Español Hospital Angeles Metropolitan Hospital Sports Clinic Centro Médico Taber Hospital Model Hospital Santa Fe Hospital Dalende</p> <p>Tijuana, B.C. Hospital Excel</p> <p>Chihuahua, Chih. Hospital CRA de Chihuahua Clínica de Planes Chihuahua Clínica del Centro Chihuahua</p> <p>Cd. Juárez, Chih. Centro Médico de Especialidades</p> <p>Saltillo, Coah. Hospital Mujeresza de Saltillo</p> <p>León, Gto. Hospital Aranda de la Parra</p> <p>Guadalajara, Jal. Hospital: San Javier México Americano Country 2000</p> <p>Puerto Vallarta, Jal. Hospital San Javier Marina</p> <p>Estado de México Hospital Ciudad Saltillo Hospital Río de la Loza</p> <p>Monterrey, N.L. Hospital Mujeresza Sur Hospital Mujeresza Concepción Hospital de Ginecología y Obstetricia</p> <p>Querétaro, Qro. Hospital San José</p> <p>Cancun, Q. Roo Hospital Americano de Cancun</p> <p>Culiacan, Sin. Hospital Angeles de Culiacan</p> <p>Hermosillo, Son. Hospital Leon de Hermosillo Hospital Cena de Hermosillo</p> <p>Villahermosa, Tab. Hospital Angeles de Villahermosa</p> <p>Cuernavaca, Mor. Henry Dunant</p> <p>Coximel, Q. Roo Clínica San Miguel Clínica Veracruz</p> | <p>Ciudad de México e Interior de la República Mexicana Resto de los Hospitales en convenio</p> |

Nota: Esta relación de Hospitales es enunciativa más no limitativa.

23. DERECHO DE CONVERSIÓN

Los asegurados con el derecho de conversión, serán aquellos titulares o sus dependientes asegurados que dejen de pertenecer a la colectividad asegurada en póliza institucional del Poder Judicial de la Federación, o cuando ya no sean elegibles los dependientes, siempre y cuando lo solicite por escrito el propio asegurado a LA INSTITUCIÓN, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la colectividad asegurada, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad, en cuyo caso, le será expedida una póliza individual de gastos médicos mayores por LA INSTITUCIÓN, quedando a su cargo el pago total de la prima correspondiente.

"LA INSTITUCIÓN" estará obligada a ofrecer al Asegurado, que deje de pertenecer a la colectividad asegurada de este contrato, la opción de contratar un seguro individual bajo las mismas condiciones y nivel de hospitales establecidos en esta póliza, con opción de poder modificar algunas coberturas,

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MÉDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

deducibles o coaseguros a solicitud del Asegurado y que reflejen un beneficio en el costo de la prima a pagar por el Asegurado.

En el caso de que dicho Asegurado ya contara con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con lo siguiente:

En caso de que el asegurado tuviera contratado algún otro seguro de gastos médicos mayores con "LA INSTITUCIÓN" a la fecha de alta a la póliza individual derivada del derecho de conversión o, realizara un cambio de plan a un seguro individual, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los 30 días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se da de alta la póliza individual, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de esta póliza, se aplicarán los límites de suma asegurada, deducible y coaseguro, etc., especificados en las Condiciones Generales y endosos de la póliza individual. Estos padecimientos se continuarán pagando con el remanente de la suma asegurada, con la que inició el siniestro.

La solicitud por escrito del Asegurado a "LA INSTITUCIÓN" para la contratación de una póliza individual de gastos médicos mayores deberá ser dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja el Asegurado de la colectividad de esta póliza. El inicio de la vigencia de la póliza individual será a partir de la fecha de baja de la colectividad asegurada. Lo anterior, es con la finalidad de evitar periodos descubiertos para el Asegurado.

Los documentos que deberán proporcionar los Asegurados para la emisión de la póliza individual son:

- Escrito del Asegurado dirigido a "LA INSTITUCIÓN" señalando: la forma de pago elegida y su RFC con homoclave.
- Copia de la cotización elegida.
- Copia simple de:
 - Identificación oficial (IFE/ INE),
 - Comprobante de domicilio (recibo de teléfono, luz o predial, etc.).

Con la finalidad de agilizar el proceso de contratación de la póliza individual, "LA INSTITUCIÓN" deberá indicar los datos completos (nombre, dirección, correo electrónico y teléfono) del personal que proporcionará la atención que requieran los Asegurados en cuanto a cotizaciones, dudas y seguimiento de emisión de la póliza.

La conversión a una Póliza Individual de Gastos Médicos Mayores se dará a una Póliza Individual de las que comercializa "LA INSTITUCIÓN" con condiciones similares y los costos que correspondan quedando a cargo del asegurado el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

Podrán ejercer el Derecho de Conversión Individual los asegurados que causen baja de la colectividad y, en su caso, hayan ejercido o no su derecho de continuidad al término del ejercicio fiscal. "LA INSTITUCIÓN" les renovará bajo el producto de póliza individual de gastos médicos mayores más cercana a las condiciones y precio que se tenía en la póliza colectiva.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

La siniestralidad de las pólizas individuales (Derecho de Conversión) no forma parte de la siniestralidad generada en las pólizas institucionales del Poder Judicial de la Federación.

24. AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: XXX con domicilio en XXX; RFC: XXX, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en XXX.

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

POBLACIÓN ASEGURADA
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS
SUPERIORES DEL PODER JUDICIAL DE LA
FEDERACIÓN
(SCJN, CJF y TEPJF)

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

**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 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONYUGES | DESCENDIENTES MENORES | DESCENDIENTES DE MAYOR EDAD | MADE | ESPOSA | TOTAL |
|----------------------------|------|------------|------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------|----------|------------|
| 0-19 | F | | | 148 | | | | 148 |
| 20-24 | F | | 1 | 41 | | | | 42 |
| 25-29 | F | 4 | 3 | | 26 | | | 33 |
| 30-34 | F | 6 | 9 | | 7 | | | 22 |
| 35-39 | F | 21 | 22 | | 2 | | | 45 |
| 40-44 | F | 39 | 33 | | | | | 72 |
| 45-49 | F | 32 | 27 | | | | | 59 |
| 50-54 | F | 15 | 18 | | | 1 | | 34 |
| 55-59 | F | 17 | 12 | | | 2 | | 31 |
| 60-64 | F | 11 | 11 | | | 11 | | 33 |
| 65-69 | F | 1 | 4 | | | 10 | | 15 |
| 70-74 | F | 2 | | | | 7 | | 9 |
| 75-79 | F | | 1 | | | 5 | 1 | 7 |
| 80-84 | F | | | | | 6 | | 6 |
| 85-89 | F | | | | | 2 | | 2 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 148 | 141 | 189 | 35 | 44 | 1 | 558 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONTRATO | NO ASEGURADO | NO ASEGURADO | OTRO | OTRO | TOTAL |
|-----------------------------|------|------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------|--------------|
| 0-19 | M | | | 121 | | | | 121 |
| 20-24 | M | 1 | | 35 | | | | 36 |
| 25-29 | M | 8 | 1 | | 12 | | | 21 |
| 30-34 | M | 7 | 2 | | 11 | | | 20 |
| 35-39 | M | 26 | 8 | | 7 | | | 41 |
| 40-44 | M | 60 | 7 | | | | | 67 |
| 45-49 | M | 34 | 11 | | | | | 45 |
| 50-54 | M | 35 | 5 | | | | | 40 |
| 55-59 | M | 17 | 7 | | | 1 | | 25 |
| 60-64 | M | 15 | 2 | | | 3 | | 20 |
| 65-69 | M | 7 | 2 | | | 4 | | 13 |
| 70-74 | M | 1 | 2 | | | 5 | | 8 |
| 75-79 | M | 2 | | | | 3 | | 5 |
| 80-84 | M | | | | | 1 | | 1 |
| 85-89 | M | | | | | 2 | | 2 |
| 90-94 | M | | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 213 | 47 | 156 | 30 | 19 | 0 | 465 |
| Total | | 361 | 188 | 345 | 65 | 63 | 1 | 1,023 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONYUGES | HAJOS MENORES DE 14 AÑOS | HAJOS MAYORES DE 65 AÑOS | MANOS | ALIBIAS | TOTAL |
|----------------------------|------|-----------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------|----------|------------|
| 0-19 | F | | | 72 | | | | 72 |
| 20-24 | F | | 1 | 14 | | | | 15 |
| 25-29 | F | | 1 | | 11 | | | 12 |
| 30-34 | F | 5 | 15 | | 2 | | | 22 |
| 35-39 | F | 14 | 6 | | 1 | | | 21 |
| 40-44 | F | 21 | 16 | | 2 | | | 39 |
| 45-49 | F | 15 | 17 | | | | | 32 |
| 50-54 | F | 13 | 7 | | | | | 20 |
| 55-59 | F | 5 | 7 | | | 4 | | 16 |
| 60-64 | F | 5 | 3 | | | 2 | 1 | 11 |
| 65-69 | F | 1 | 2 | | | 10 | 1 | 14 |
| 70-74 | F | 1 | | | | 9 | 4 | 14 |
| 75-79 | F | 2 | | | | 9 | 2 | 13 |
| 80-84 | F | | | | | 6 | | 6 |
| 85-89 | F | | | | | 3 | 1 | 4 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 82 | 75 | 86 | 16 | 43 | 9 | 311 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | OTRO | OTRO | OTRO | OTRO | OTRO | OTRO |
|-----------------------------|------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|
| 0-19 | M | | | 78 | | | 78 |
| 20-24 | M | | | 13 | | | 13 |
| 25-29 | M | 5 | | | 12 | | 17 |
| 30-34 | M | 12 | 1 | | 6 | | 19 |
| 35-39 | M | 18 | 3 | | 4 | | 25 |
| 40-44 | M | 27 | 3 | | | | 30 |
| 45-49 | M | 23 | 5 | | | | 28 |
| 50-54 | M | 13 | 4 | | | | 17 |
| 55-59 | M | 12 | 2 | | | 2 | 16 |
| 60-64 | M | 6 | 2 | | | 1 | 9 |
| 65-69 | M | 4 | 3 | | | 7 | 14 |
| 70-74 | M | 2 | 1 | | | 3 | 6 |
| 75-79 | M | | | | | 3 | 4 |
| 80-84 | M | | | | | 2 | 2 |
| 85-89 | M | | | | | 3 | 3 |
| 90-94 | M | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 122 | 24 | 91 | 22 | 21 | 281 |
| Total | | 204 | 99 | 177 | 38 | 64 | 592 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 185 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONTRATO | NÚM. ASESORES | NÚM. ASESORES | SENIOR | SENIOR | TOTAL |
|----------------------------|------|----------|----------|---------------|---------------|----------|----------|----------|
| 0-19 | F | | | | | | | 0 |
| 20-24 | F | | | | | | | 0 |
| 25-29 | F | | | | | | | 0 |
| 30-34 | F | | | | | | | 0 |
| 35-39 | F | | | | | | | 0 |
| 40-44 | F | | | | | | | 0 |
| 45-49 | F | | | | | | | 0 |
| 50-54 | F | 1 | | | | | | 1 |
| 55-59 | F | | | | | | | 0 |
| 60-64 | F | | | | | | | 0 |
| 65-69 | F | | | | | | | 0 |
| 70-74 | F | | | | | | | 0 |
| 75-79 | F | | | | | | | 0 |
| 80-84 | F | | | | | | | 0 |
| 85-89 | F | | | | | | | 0 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 185 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | PROPIETARIO | CONTRATADO | RENTA PROPIETARIO | RENTA CONTRATADO | TIPO | GRUPO | TOTAL |
|-------|------|-------------|------------|-------------------|------------------|------|-------|-------|
| 0-19 | M | | | 1 | | | | 1 |
| 20-24 | M | | | | | | | 0 |
| 25-29 | M | | | | | | | 0 |
| 30-34 | M | | | | | | | 0 |
| 35-39 | M | | | | | | | 0 |
| 40-44 | M | | | | | | | 0 |
| 45-49 | M | | | | | | | 0 |
| 50-54 | M | | 1 | | | | | 1 |
| 55-59 | M | | | | | | | 0 |
| 60-64 | M | | | | | | | 0 |
| 65-69 | M | | | | | | | 0 |
| 70-74 | M | | | | | | | 0 |
| 75-79 | M | | | | | | | 0 |
| 80-84 | M | | | | | | | 0 |
| 85-89 | M | | | | | | | 0 |
| 90-94 | M | | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | | 0 |

| | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Total Sexo Masculino | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | PARATIBO | PROB. SUP. 1º SUP. | PROB. SUP. 2º SUP. | PROB. SUP. 3º SUP. | PROB. SUP. 4º SUP. | TOTAL |
|----------------------------|------|------------|------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| 0-19 | F | | | 288 | | | | 288 |
| 20-24 | F | | 1 | 52 | | | | 53 |
| 25-29 | F | 10 | 5 | | 23 | | | 38 |
| 30-34 | F | 46 | 19 | | 12 | | | 77 |
| 35-39 | F | 62 | 49 | | 5 | | | 116 |
| 40-44 | F | 78 | 55 | | 3 | | | 136 |
| 45-49 | F | 53 | 36 | | 1 | | | 90 |
| 50-54 | F | 45 | 27 | | | 4 | | 76 |
| 55-59 | F | 34 | 22 | | | 16 | | 72 |
| 60-64 | F | 20 | 11 | | | 32 | 5 | 68 |
| 65-69 | F | 9 | 7 | | | 60 | 4 | 80 |
| 70-74 | F | 4 | 3 | | | 50 | 9 | 66 |
| 75-79 | F | | 2 | | | 19 | 6 | 27 |
| 80-84 | F | | | | | 22 | 1 | 23 |
| 85-89 | F | 1 | | | | 11 | 1 | 13 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 362 | 237 | 340 | 44 | 214 | 26 | 1,223 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | PREVIA | RENTAS | NO ASEGURADO | PREVIA A SEGURO | PREVIA | RENTAS | TOTAL |
|-----------------------------|------|------------|------------|--------------|-----------------|------------|-----------|--------------|
| 0-19 | M | | | 297 | | | | 297 |
| 20-24 | M | | | 58 | | | | 58 |
| 25-29 | M | 17 | | | 35 | | | 52 |
| 30-34 | M | 31 | 7 | | 12 | | | 50 |
| 35-39 | M | 71 | 20 | | 10 | | | 101 |
| 40-44 | M | 82 | 27 | | 3 | | | 112 |
| 45-49 | M | 51 | 21 | | | | | 72 |
| 50-54 | M | 45 | 20 | | | 1 | | 66 |
| 55-59 | M | 28 | 14 | | | 2 | | 44 |
| 60-64 | M | 26 | 7 | | | 16 | 3 | 52 |
| 65-69 | M | 19 | 10 | | | 23 | 2 | 54 |
| 70-74 | M | 7 | 3 | | | 43 | 3 | 56 |
| 75-79 | M | 3 | | | | 11 | 5 | 19 |
| 80-84 | M | 1 | | | | 14 | 5 | 20 |
| 85-89 | M | | | | | 10 | 1 | 11 |
| 90-94 | M | | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 381 | 129 | 355 | 60 | 120 | 19 | 1,064 |
| Total | | 743 | 366 | 695 | 104 | 334 | 45 | 2,287 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

**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 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONJUNTO | MEDICIÓN MAYOR | MEDICIÓN MENOR | ALICUOTA | PREMIO | TOTAL |
|----------------------------|------|------------|------------|-------------------|-------------------|------------|-----------|--------------|
| 0-19 | F | 0 | 1 | 718 | 0 | 0 | 0 | 719 |
| 20-24 | F | 15 | 5 | 115 | 0 | 0 | 0 | 135 |
| 25-29 | F | 122 | 72 | 0 | 46 | 0 | 0 | 240 |
| 30-34 | F | 206 | 123 | 0 | 7 | 0 | 0 | 336 |
| 35-39 | F | 202 | 113 | 0 | 5 | 0 | 0 | 320 |
| 40-44 | F | 158 | 98 | 0 | 1 | 2 | 0 | 259 |
| 45-49 | F | 111 | 78 | 0 | 0 | 8 | 1 | 198 |
| 50-54 | F | 57 | 45 | 0 | 2 | 22 | 0 | 126 |
| 55-59 | F | 30 | 31 | 0 | 1 | 53 | 3 | 118 |
| 60-64 | F | 11 | 16 | 0 | 0 | 55 | 3 | 85 |
| 65-69 | F | 4 | 6 | 0 | 0 | 49 | 3 | 62 |
| 70-74 | F | 2 | 2 | 0 | 0 | 36 | 5 | 45 |
| 75-79 | F | 0 | 1 | 0 | 0 | 24 | 2 | 27 |
| 80-84 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 2 | 16 |
| 85-89 | F | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 |
| 90-94 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 95-99 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 918 | 592 | 833 | 62 | 266 | 19 | 2,690 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONDOMINIO | PROPIETARIO | PROPIETARIO | PROPIETARIO | PROPIETARIO | TOTAL |
|-----------------------------|------|--------------|------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 0-19 | M | 0 | 0 | 763 | 0 | 0 | 0 | 763 |
| 20-24 | M | 8 | 0 | 110 | 0 | 0 | 0 | 118 |
| 25-29 | M | 151 | 11 | 0 | 39 | 0 | 0 | 201 |
| 30-34 | M | 217 | 45 | 0 | 8 | 0 | 0 | 270 |
| 35-39 | M | 234 | 58 | 0 | 1 | 0 | 0 | 293 |
| 40-44 | M | 200 | 70 | 0 | 1 | 0 | 0 | 271 |
| 45-49 | M | 121 | 35 | 0 | 0 | 2 | 0 | 158 |
| 50-54 | M | 82 | 24 | 0 | 0 | 8 | 1 | 115 |
| 55-59 | M | 59 | 16 | 0 | 0 | 21 | 0 | 96 |
| 60-64 | M | 32 | 7 | 0 | 0 | 19 | 3 | 61 |
| 65-69 | M | 10 | 1 | 0 | 0 | 28 | 6 | 45 |
| 70-74 | M | 5 | 2 | 0 | 0 | 17 | 2 | 26 |
| 75-79 | M | 1 | 1 | 0 | 0 | 19 | 0 | 21 |
| 80-84 | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 10 | 3 | 14 |
| 85-89 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 |
| 90-94 | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 95-99 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 1,124 | 270 | 873 | 49 | 128 | 15 | 2,459 |
| Total | | 2,042 | 862 | 1,706 | 111 | 394 | 34 | 5,149 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONTRATO | PLA. PERS. CIVIL | PLA. PERS. MILIT. | LIBRE | SUBSIDIA | TOTAL |
|----------------------------|------|--------------|--------------|------------------|-------------------|------------|-----------|--------------|
| 0-19 | F | 0 | 6 | 1,713 | 0 | 0 | 0 | 1,719 |
| 20-24 | F | 44 | 16 | 240 | 0 | 0 | 0 | 300 |
| 25-29 | F | 238 | 115 | 0 | 87 | 0 | 0 | 440 |
| 30-34 | F | 387 | 226 | 0 | 28 | 0 | 0 | 641 |
| 35-39 | F | 456 | 283 | 0 | 10 | 1 | 0 | 750 |
| 40-44 | F | 399 | 198 | 0 | 3 | 0 | 0 | 600 |
| 45-49 | F | 286 | 141 | 0 | 0 | 8 | 0 | 435 |
| 50-54 | F | 163 | 79 | 0 | 0 | 40 | 1 | 283 |
| 55-59 | F | 87 | 35 | 0 | 0 | 118 | 7 | 247 |
| 60-64 | F | 37 | 20 | 0 | 0 | 146 | 9 | 212 |
| 65-69 | F | 16 | 9 | 0 | 0 | 152 | 10 | 187 |
| 70-74 | F | 6 | 3 | 0 | 0 | 103 | 3 | 115 |
| 75-79 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 | 3 | 60 |
| 80-84 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 31 | 4 | 35 |
| 85-89 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 1 | 11 |
| 90-94 | F | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 95-99 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 2,119 | 1,132 | 1,953 | 128 | 666 | 38 | 6,036 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 UMAMVCDMX

| Edad | Sexo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------------------------|------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|-----------|---------------|
| 0-19 | M | 0 | 1 | 1,677 | 0 | 0 | 1 | 1,679 |
| 20-24 | M | 35 | 0 | 243 | 0 | 0 | 0 | 278 |
| 25-29 | M | 255 | 16 | 0 | 120 | 0 | 0 | 391 |
| 30-34 | M | 393 | 62 | 0 | 23 | 0 | 0 | 478 |
| 35-39 | M | 511 | 124 | 0 | 10 | 0 | 0 | 645 |
| 40-44 | M | 421 | 141 | 0 | 4 | 1 | 0 | 567 |
| 45-49 | M | 231 | 122 | 0 | 1 | 3 | 0 | 357 |
| 50-54 | M | 156 | 88 | 0 | 0 | 12 | 0 | 256 |
| 55-59 | M | 72 | 44 | 0 | 0 | 47 | 2 | 165 |
| 60-64 | M | 45 | 25 | 0 | 0 | 62 | 4 | 136 |
| 65-69 | M | 14 | 7 | 0 | 0 | 100 | 3 | 124 |
| 70-74 | M | 4 | 8 | 0 | 0 | 61 | 7 | 80 |
| 75-79 | M | 1 | 1 | 0 | 0 | 30 | 4 | 36 |
| 80-84 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 2 | 23 |
| 85-89 | M | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 4 |
| 90-94 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 95-99 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 2,138 | 640 | 1,920 | 158 | 340 | 23 | 5,219 |
| Total | | 4,257 | 1,772 | 3,873 | 286 | 1,006 | 61 | 11,255 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONDOM | RENTA | NO RENTA | OTRO | OTRO | TOTAL |
|----------------------------|------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
| 0-19 | F | 0 | 6 | 5,189 | 0 | 0 | 0 | 5,195 |
| 20-24 | F | 1 | 16 | 913 | 0 | 0 | 0 | 930 |
| 25-29 | F | 140 | 185 | 0 | 437 | 0 | 0 | 762 |
| 30-34 | F | 496 | 567 | 0 | 160 | 0 | 0 | 1,223 |
| 35-39 | F | 958 | 875 | 0 | 50 | 0 | 0 | 1,883 |
| 40-44 | F | 875 | 892 | 0 | 8 | 0 | 0 | 1,775 |
| 45-49 | F | 650 | 650 | 0 | 3 | 11 | 1 | 1,315 |
| 50-54 | F | 457 | 440 | 0 | 2 | 98 | 8 | 1,005 |
| 55-59 | F | 272 | 300 | 0 | 0 | 282 | 29 | 883 |
| 60-64 | F | 105 | 188 | 0 | 0 | 487 | 47 | 827 |
| 65-69 | F | 39 | 78 | 0 | 0 | 565 | 65 | 747 |
| 70-74 | F | 18 | 18 | 0 | 0 | 492 | 62 | 590 |
| 75-79 | F | 2 | 2 | 0 | 0 | 325 | 35 | 364 |
| 80-84 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 218 | 31 | 249 |
| 85-89 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 92 | 14 | 106 |
| 90-94 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 95-99 | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 4,013 | 4,217 | 6,102 | 660 | 2,571 | 292 | 17,855 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | EMPLEADO | ASISTENTE | PROFESIONAL | PROFESIONAL | PROFESIONAL | PROFESIONAL | TOTAL |
|-----------------------------|------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| 0-19 | M | 0 | 1 | 5,225 | 0 | 0 | 0 | 5,226 |
| 20-24 | M | 2 | 0 | 972 | 0 | 0 | 0 | 974 |
| 25-29 | M | 188 | 16 | 0 | 452 | 0 | 0 | 656 |
| 30-34 | M | 791 | 90 | 0 | 167 | 0 | 0 | 1,048 |
| 35-39 | M | 1,403 | 225 | 0 | 56 | 0 | 0 | 1,684 |
| 40-44 | M | 1,344 | 284 | 0 | 13 | 0 | 0 | 1,641 |
| 45-49 | M | 930 | 208 | 0 | 3 | 2 | 1 | 1,144 |
| 50-54 | M | 786 | 191 | 0 | 0 | 25 | 1 | 1,003 |
| 55-59 | M | 516 | 112 | 0 | 0 | 98 | 7 | 733 |
| 60-64 | M | 260 | 70 | 0 | 0 | 234 | 25 | 589 |
| 65-69 | M | 148 | 28 | 0 | 1 | 309 | 34 | 520 |
| 70-74 | M | 62 | 10 | 0 | 0 | 290 | 26 | 388 |
| 75-79 | M | 9 | 1 | 0 | 0 | 197 | 26 | 233 |
| 80-84 | M | 1 | 1 | 0 | 0 | 127 | 15 | 144 |
| 85-89 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 63 | 9 | 72 |
| 90-94 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 95-99 | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 6,440 | 1,237 | 6,197 | 692 | 1,345 | 144 | 16,055 |
| Total | | 10,453 | 5,454 | 12,299 | 1,352 | 3,916 | 436 | 33,910 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

**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 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TOTAL | CONYUGES | RETIRO | RETO MAYOR DE 65 AÑOS | ANONIA | SUBSIDIA | TOTAL |
|----------------------------|------|------------|------------|------------|-----------------------|-----------|----------|------------|
| 0-19 | F | | | 124 | | | | 124 |
| 20-24 | F | 2 | 2 | 31 | | | | 35 |
| 25-29 | F | 23 | 7 | | 9 | | | 39 |
| 30-34 | F | 25 | 19 | | 5 | | | 49 |
| 35-39 | F | 20 | 33 | | | | | 53 |
| 40-44 | F | 18 | 35 | | 2 | | | 55 |
| 45-49 | F | 16 | 15 | | | 4 | | 35 |
| 50-54 | F | 11 | 8 | | 1 | 4 | | 24 |
| 55-59 | F | 9 | 10 | | | 8 | | 27 |
| 60-64 | F | 2 | 4 | | | 21 | | 27 |
| 65-69 | F | 4 | 1 | | | 8 | 1 | 14 |
| 70-74 | F | | 1 | | | 12 | | 13 |
| 75-79 | F | | | | | 4 | | 4 |
| 80-84 | F | | | | | 5 | | 5 |
| 85-89 | F | | | | | 2 | | 2 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 130 | 135 | 155 | 17 | 68 | 1 | 506 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TOTAL | CONTRATADO | NO CONTRATADO | NO ASEGURADO | OTRO | OTRO | TOTAL |
|-----------------------------|------|------------|------------|---------------|--------------|-----------|----------|------------|
| 0-19 | M | | | 128 | | | | 128 |
| 20-24 | M | 2 | | 21 | | | | 23 |
| 25-29 | M | 23 | | | 13 | | | 36 |
| 30-34 | M | 40 | 4 | | 3 | | | 47 |
| 35-39 | M | 38 | 7 | | | | | 45 |
| 40-44 | M | 46 | 5 | | | | | 51 |
| 45-49 | M | 36 | 4 | | 1 | 1 | | 42 |
| 50-54 | M | 18 | 3 | | | 2 | | 23 |
| 55-59 | M | 9 | 4 | | | 8 | | 21 |
| 60-64 | M | 7 | 1 | | | 8 | | 16 |
| 65-69 | M | 1 | 3 | | | 2 | | 6 |
| 70-74 | M | 2 | | | | 6 | 1 | 9 |
| 75-79 | M | | | | | 4 | | 4 |
| 80-84 | M | | 1 | | | | | 1 |
| 85-89 | M | | | | | | | 0 |
| 90-94 | M | | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 222 | 32 | 149 | 17 | 31 | 1 | 452 |
| Total | | 352 | 167 | 304 | 34 | 99 | 2 | 958 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONYUGES | RECIBIDOS DE 1990 | RECIBIDOS DE 2000 | CAJONES | OTROS | TOTAL |
|----------------------------|------|-----------|-----------|----------------------|----------------------|-----------|----------|------------|
| 0-19 | F | | | 33 | | | | 33 |
| 20-24 | F | | | 12 | | | | 12 |
| 25-29 | F | 6 | 1 | | | | | 7 |
| 30-34 | F | 10 | 3 | | | | | 13 |
| 35-39 | F | 10 | 9 | | 1 | | | 20 |
| 40-44 | F | 6 | 6 | | | | | 12 |
| 45-49 | F | 6 | 4 | | | | | 10 |
| 50-54 | F | 1 | 6 | | | 1 | | 8 |
| 55-59 | F | 3 | 2 | | | 3 | | 8 |
| 60-64 | F | | 1 | | | 6 | | 7 |
| 65-69 | F | 1 | | | | 3 | | 4 |
| 70-74 | F | 1 | | | | 4 | | 5 |
| 75-79 | F | | | | | | | 0 |
| 80-84 | F | | | | | 4 | | 4 |
| 85-89 | F | | | | | | | 0 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 44 | 32 | 45 | 1 | 21 | 0 | 143 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 UMAMVCOMX

| Edad | Sexo | TIPO DE | PROCESO | RECURSOS | RECURSOS | SUMA | SUMA | TOTAL |
|-----------------------------|------|------------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|------------|
| 0-19 | M | | | 36 | | | | 36 |
| 20-24 | M | | | 6 | | | | 6 |
| 25-29 | M | 8 | | | | | | 8 |
| 30-34 | M | 9 | 1 | | 2 | | | 12 |
| 35-39 | M | 15 | 4 | | 1 | | | 20 |
| 40-44 | M | 13 | 3 | | | | | 16 |
| 45-49 | M | 3 | 2 | | | | | 5 |
| 50-54 | M | 7 | 2 | | | | | 9 |
| 55-59 | M | 4 | | | | 2 | | 6 |
| 60-64 | M | 1 | | | | 2 | | 3 |
| 65-69 | M | 1 | | | | 3 | | 4 |
| 70-74 | M | | | | | 5 | | 5 |
| 75-79 | M | | | | | 1 | | 1 |
| 80-84 | M | | | | | 1 | | 1 |
| 85-89 | M | | | | | | | 0 |
| 90-94 | M | | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 61 | 12 | 42 | 3 | 14 | 0 | 132 |
| Total | | 105 | 44 | 87 | 4 | 35 | 0 | 275 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONTRATO | NO SUJETO A APOCO | NO SUJETO A APOCO | MAESTRO | PROFESOR | TOTAL |
|----------------------------|------|------------|------------|-------------------|-------------------|------------|-----------|------------|
| 0-19 | F | | | 205 | | | | 205 |
| 20-24 | F | | | 32 | | | | 32 |
| 25-29 | F | 11 | 6 | | 11 | | | 28 |
| 30-34 | F | 35 | 41 | | 4 | | | 80 |
| 35-39 | F | 40 | 36 | | 3 | | | 79 |
| 40-44 | F | 38 | 64 | | 1 | 1 | | 104 |
| 45-49 | F | 21 | 30 | | | | | 51 |
| 50-54 | F | 16 | 17 | | | 3 | | 36 |
| 55-59 | F | 7 | 16 | | | 15 | 1 | 39 |
| 60-64 | F | 5 | 3 | | | 39 | 1 | 48 |
| 65-69 | F | | 4 | | | 36 | 4 | 44 |
| 70-74 | F | | | | | 29 | 6 | 35 |
| 75-79 | F | | | | | 11 | 3 | 14 |
| 80-84 | F | | | | | 5 | 1 | 6 |
| 85-89 | F | | | | | 5 | 1 | 6 |
| 90-94 | F | | | | | | | 0 |
| 95-99 | F | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 173 | 217 | 237 | 19 | 144 | 17 | 807 |

Gastos Médicos Mayores

MANDOS MEDIOS Y FUNCIONARIOS SUPERIORES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 UMAMVCDMX

| EDAD | SEXO | TITULAR | CONYUGAL | PREPAGADO | PREPAGADO | PREPAGADO | PREPAGADO | TOTAL |
|-----------------------------|------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|--------------|
| 0-19 | M | | | 223 | | | | 223 |
| 20-24 | M | | | 27 | | | | 27 |
| 25-29 | M | 11 | 1 | | 14 | | | 26 |
| 30-34 | M | 54 | 6 | | 2 | | | 62 |
| 35-39 | M | 80 | 8 | | 1 | | | 89 |
| 40-44 | M | 75 | 12 | | 2 | | | 89 |
| 45-49 | M | 58 | 15 | | | | | 73 |
| 50-54 | M | 25 | 3 | | | | | 28 |
| 55-59 | M | 19 | 5 | | | 3 | | 27 |
| 60-64 | M | 6 | 2 | | | 23 | | 31 |
| 65-69 | M | 8 | 1 | | | 15 | 5 | 29 |
| 70-74 | M | 2 | | | | 29 | 5 | 36 |
| 75-79 | M | 2 | 1 | | | 10 | 2 | 15 |
| 80-84 | M | | | | | 5 | | 5 |
| 85-89 | M | | | | | 2 | | 2 |
| 90-94 | M | | | | | | | 0 |
| 95-99 | M | | | | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 340 | 54 | 250 | 19 | 87 | 12 | 762 |
| Total | | 513 | 271 | 487 | 38 | 231 | 29 | 1,569 |

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

SUBPARTIDA 1.3

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MINISTROS, MAGISTRADOS Y
JUECES JUBILADOS DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.
(SCJN-CJF)**

**CONDICIONES GENERALES
(SCJN-CJF)**

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, siempre y cuando estos últimos cuenten con resolución judicial emitida por autoridad competente que determine el estado de interdicción.

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.

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

Será cubierto mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" siempre y cuando se trate de Hospital y Médicos de Red, y derive en hospitalización al menos de 24 horas. En caso contrario "LA INSTITUCIÓN" 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.

Se cubrirán los padecimientos preexistentes, 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 médico.

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 en términos de la Circular Única de Seguros y Fianzas, capítulo 4.5, Disposición 4.5.12, 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 cobertura de los padecimientos preexistentes estará sujeta a lo estipulado en las presentes condiciones y solo en caso de controversia el asegurado y "LA INSTITUCIÓN", podrán realizar las gestiones correspondientes de conformidad a la legislación aplicable.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN".

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 2017, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Estos complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. PERÍODO DE ESPERA.

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

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

En caso de que en los listados de Médicos de Red de "LA INSTITUCIÓN" no exista un Médico de la especialidad en convenio en la localidad en que sea necesario su consulta, "LA INSTITUCIÓN" deberá considerar al médico tratante de algún asegurado como médico de red, siempre que se encuentren sus honorarios dentro de los establecidos en la tabla I.Q. para la enfermedad o accidente cubierto por la póliza.

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

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

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

11. SUMA ASEGURADA.

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

Dicho monto se determinará multiplicando el número de UMA indicado en el certificado individual de la póliza por la Unidad de Medida de Actualización Mensual Vigente en la Ciudad de México (UMAMVCDMX) en la fecha que se efectuó el primer gasto de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

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, viuda y/o hijos menores de 25 años e incapaces sin límite de edad | 1 UMAMVCDMX |
|---|-------------|

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, cuyo tope será de \$30,000.00 M.N por cada siniestro.

14. HONORARIOS MÉDICOS.

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado, la cual estará de acuerdo con la tabla de I.Q.

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".

20. COORDINACIÓN MÉDICA.

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

- Información al Asegurado y sus Dependientes referente al alcance de su póliza.
- 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 INSTITUCIÓN" 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.

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

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 INSTITUCIÓN" 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 cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro, de conformidad como se establece 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 INSTITUCIÓN" 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, que son responsables ante "LA INSTITUCIÓN" del pago de las primas de las coberturas del seguro y como representante legal para efectos del contrato y endosos.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

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 INSTITUCIÓN" 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, fecha de impresión, 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN".

La compañía de seguros.

31. TABLA DE I.Q. (TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS)

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCIÓN" 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 póliza la tabla de honorarios médicos es hasta la suma asegurada contratada.

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" pagará dichos gastos hasta por la suma asegurada estipulada en la carátula y endosos de esta póliza, terminando la obligación de "LA INSTITUCIÓN" 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 2017, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes, y el siniestro podrá haberse abierto en cualquier póliza del Poder Judicial de la Federación.

El pago de complementos es hasta por el monto de la suma asegurada remanente del padecimiento de que se trate.

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 con copia de la receta. Las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables (entregar archivos electrónicos PDF y XML).
4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta la suma asegurada contratada 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 INSTITUCIÓN"; aplicable en reembolso, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

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

En el caso de reembolso la compañía aplicará los tabuladores de la tabla de IQ hasta la suma asegurada contratada.

- 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 médico que justifiquen 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.
- 4.4. Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

- Cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentistas, de conformidad a la tabla de I.Q. contratada para enfermedades o accidentes cubiertos conforme a las condiciones generales de las pólizas.
- Hospital: se pagará el 60% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de las pólizas.

Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten dos o más padecimientos cubiertos, se pagarán las reclamaciones de la siguiente manera:

- Para el primer procedimiento se tabularan los honorarios del cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentista al 100% conforme a la tabla de I.Q. contratada, y el segundo y subsecuentes procedimientos quirúrgicos se tabularan los honorarios del cirujano, anesthesiólogo, ayudantes e instrumentistas al 50% conforme a la tabla de I.Q. contratada.
- Hospital: se pagará 100% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de las pólizas.

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

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.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

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 cubiertos el límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCIÓN", para este beneficio es hasta la suma asegurada.
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 que el siniestro no este amparado por esta póliza, "LA INSTITUCIÓN" pagará por única ocasión el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre por reembolso, siempre y cuando el evento se haya originado dentro de la vigencia de la póliza. El pago de ambulancia por única ocasión aplicará por asegurado.

La indemnización del costo de la ambulancia terrestre se considerará dentro de la siniestralidad de la póliza de Gastos Médicos Mayores.

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 cubiertos 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 Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

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 contratada.

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 período de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento médico 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 INSTITUCIÓN" bajo este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.

22. 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 (5 estudios por vigencia, por asegurado y por padecimiento).

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERÍODO DE ESPERA.

23. Tratamiento médico y quirúrgico derivado del trasplante de córnea 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 de conformidad al establecido en la Cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

Esta cobertura se otorga al Asegurado siempre y cuando tenga por lo menos un año de vigencia continua dentro de la colectividad asegurada del Poder Judicial de la Federación.

24. 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 hasta la suma asegurada de \$15,000.00 siempre y cuando el Asegurado tenga por lo menos un año de vigencia continua dentro de la colectividad asegurada del Poder Judicial de la Federación.

25. 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 período de espera y quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica y Red Hospitalaria. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada contratada.

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

26. 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 conforme a lo establecido en la Cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

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 período de espera y la aplicación del coaseguro.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

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 y Red Hospitalaria. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada contratada.

27. 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.

28. 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.

29. 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.

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 INSTITUCIÓN".

30. Cobertura Internacional. 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 esta póliza, con aplicación del deducible obligatorio para cada siniestro y coaseguro del 20% con tope máximo de \$30,000.00 por cada siniestro. La suma asegurada que se considera para la cobertura en el extranjero es la que tenga el asegurado contratada al momento del primer gasto o síntoma del padecimiento. En caso de accidente se elimina el coaseguro.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

En su caso "LA INSTITUCIÓN" 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.

31. LA INSTITUCIÓN 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.

E. COBERTURAS ADICIONALES

La contratación de las coberturas adicionales será para todos los Titulares, Cónyuges y/o viudo(a) así como para los hijos menores de 25 años de edad e incapaces sin límite de edad, siempre y cuando estos últimos cuenten con resolución judicial emitida por autoridad competente que determine el estado de interdicción.

Las coberturas adicionales son las que se mencionan a continuación:

TRATAMIENTOS DENTALES: Para el caso de tratamientos dentales, se cubrirán con el proveedor de servicios en convenio con "LA INSTITUCIÓN", de conformidad a lo siguiente:

Consultas, una profilaxis al año, radiografías, amalgamas, resinas, exodoncias, endodoncias, extracciones hasta la suma asegurada de \$10,000.00 con aplicación de deducible anual con tope de \$1,800.00, mediante 9 pagos de \$200.00 por cada servicio cubierto.

El pago de los \$200.00 será por procedimiento realizado, es decir, por cada amalgama, resina, endodoncia, extracción, limpieza, etc.

Esta cobertura no contempla tratamientos estéticos; de ortodoncia, implantes, etc.

OBESIDAD MÓRBIDA. Es la alteración de la salud, el cual se caracteriza por un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 40.

REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA: Para acceder a esta cobertura, es indispensable cumplir con el requisito de incrementar la suma asegurada (potenciación), al menos a la suma asegurada inmediata siguiente de la básica que le corresponda (295 o 333 UMAMVCDMX).

Quedan amparados el titular, cónyuge, concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, e hijos menores de 25 años de edad e incapaces sin límite de edad siempre y cuando estos últimos cuenten con resolución judicial emitida por autoridad competente que determine el estado de interdicción.

- Esta cobertura se otorgará por única vez siempre y cuando, a la fecha de agotamiento de la suma asegurada del siniestro cubierto, el asegurado cuente con incremento de

suma asegurada al menos a la siguiente opción respecto de su suma asegurada básica. La reinstalación será hasta la suma asegurada contratada a la fecha del primer síntoma, gasto o diagnóstico del siniestro.

- Los siniestros cubiertos por esta póliza que podrán ser reinstalados serán los que tengan como fecha de primer síntoma, gasto o diagnóstico, a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 aperturados en cualquier póliza del Poder Judicial de la Federación y hasta los originados en la presente vigencia.
- Los siniestros que cuenten con suma asegurada remanente, derivada de la reinstalación de suma por un accidente o enfermedad cubiertos, durante el periodo de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2011 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2017, se cubrirá hasta el remanente de la misma sin derecho a una nueva reinstalación.
- Los siniestros originados en póliza distinta a las pólizas institucionales del Poder Judicial de la Federación, no contarán con esta cobertura.

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS: 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.

F. EXCLUSIONES.

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, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual está cubierta a través de las COBERTURAS ADICIONALES.
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, salvo aquellas alteraciones del sueño que hayan sido originadas por un accidente.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

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, aun 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. Estudios realizados a posibles donadores, salvo los amparados en el numeral 22 del Apartado B, de las Condiciones Generales.
21. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, salvo los tratamientos dentales amparados en las COBERTURAS ADICIONALES.
22. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar, padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge del asegurado o el mismo asegurado.

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 "INSTITUCIÓN", 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:

- Ministros Jubilados, Ministros en Retiro Anticipado y por conclusión del encargo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, sus Cónyuges o Viuda(o)s, pudiendo voluntariamente incorporar a sus Hijos dependientes económicos menores de 25 años o incapaces sin límite de edad, pagando la prima de seguro correspondiente en una sola exhibición.
- Los Magistrados de Circuito y Jueces de Distrito jubilados y/o con retiro forzoso que cumplan con los requisitos de edad y antigüedad establecidos en el Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que regula las Disposiciones en Materia de Actividad Administrativa del propio Consejo., sus cónyuges o Viuda(o)s e hijos dependientes económicos hasta 25 años de edad o incapaces sin límite de edad, edad siempre y cuando estos últimos cuenten con resolución judicial emitida por autoridad competente que determine el estado de interdicción.
- 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.
- 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.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

La colectividad asegurada la integran los miembros de la colectividad asegurable que el Contratante reporte con dicho estatus a "LA INSTITUCIÓN".

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de 2017 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2019.

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 INSTITUCIÓN". En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por "LA INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

7. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o Asegurado o de "LA INSTITUCIÓN", 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 Y BAJAS DE ASEGURADOS

Mientras esté en vigor la póliza, "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN".

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la póliza, "LA INSTITUCIÓN" 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.

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 INSTITUCIÓN" 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.

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 INSTITUCIÓN", 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 "LA INSTITUCIÓN" devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

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.

También causarán baja de la colectividad los hijos del asegurado titular, que cumplan 25 años de edad, permaneciendo en esta póliza hasta el término del ejercicio fiscal en el que los cumpla.

Se podrá solicitar decremento de suma asegurada del 31 de diciembre de 2017 al 15 de febrero de 2018 y del 2 de abril de 2018 al 16 de abril de 2018; después de este plazo no podrán solicitar dicho trámite. Mismo periodo aplica para 2019.

9. OBLIGACIONES "EL CONTRATANTE" 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 INSTITUCIÓN" de las separaciones definitivas de miembros de la Colectividad Asegurada.

Todos los movimientos anteriores se deberán comunicar a "LA INSTITUCIÓN" dentro de los noventa días naturales siguientes en que éstos ocurran. De lo contrario, "LA INSTITUCIÓN" reconocerá los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de ella.

II. DE "LA INSTITUCIÓN".

- 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. Conciliaciones de cobranza, semestral y anual de la población asegurada, de conformidad a las necesidades de cada Instancia.
- c. "LA INSTITUCIÓN" 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.
- e. Al término de cada ejercicio fiscal "LA INSTITUCIÓN" deberá entregar un reporte completo y detallado de todos los pagos realizados que contenga como datos mínimos los siguientes: Número de Siniestro, Póliza, Suma Asegurada correspondiente, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), Inicio de vigencia término de periodo, año, periodo del reporte, consecutivo de liquidación, fecha primer gasto, fecha de pago, fecha de registro, ciudad, estado, descripción del padecimiento, hospital o proveedor, deducible, coaseguro,

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

importe pagado sin IVA, IVA, importe pagado con IVA, tipo de siniestro, tipo de pago, remanente de suma asegurada, pago inicial o complemento, tipo de pago de complemento (iniciado en la póliza o complemento de otra póliza de seguro).

10. 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, siempre y cuando estos últimos cuenten con resolución judicial emitida por autoridad competente que determine el estado de interdicción.

Para comprobar la edad del Asegurado, "LA INSTITUCIÓN" podrá solicitarle en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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.

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 básica de los Asegurados (titulares, cónyuges, Viuda(o)s, hijos menores de 25 años e incapaces sin límite de edad) se determinará en función de la suma asegurada de cada uno, y queda a cargo del contratante el pago en la forma convenida o del asegurado titular según sea el caso.

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 sin límite de edad, contratadas por el Asegurado Titular de manera voluntaria, serán cubiertas por éste, quien efectuará su pago en forma anual y en una sola exhibición, mediante depósito bancario a nombre de "LA INSTITUCIÓN".

La potenciación que se contrate durante la vigencia de la póliza tiene efectos solamente para siniestros que amparados por el contrato de seguro y que resulten procedentes, ocurran con posterioridad a la contratación de la potenciación.

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.

13. PERÍODO 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 o accidente cubierto, el asegurado liquidará el deducible obligatorio y, en su caso, el coaseguro correspondiente, cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

PAGO DE RECLAMACIONES.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" 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

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

Coordinación de la Red Médica Nacional de "LA INSTITUCIÓN" y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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.

En todas las reclamaciones tramitadas en la Ciudad de México y Zona Metropolitana así como en el interior de la República, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que "LA INSTITUCIÓN" 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.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCIÓN" pagará al asegurado titular 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 INSTITUCIÓN", 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, así como el pago de coaseguro que, en su caso, corresponda de conformidad con lo establecido en la cláusula general 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro cubierto por la póliza y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a los 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.

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 INSTITUCIÓN"

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 por escrito.

Para los trámites de programación de cirugías, tratamientos, o medicamentos, "LA INSTITUCIÓN" tendrá hasta 5 (cinco) días hábiles para proporcionar la respuesta.

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 con "LA INSTITUCIÓN" o aun no perteneciendo a la misma haya aceptado por escrito el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para informar la procedencia del Reporte en el Hospital "LA INSTITUCIÓN" por conducto de un representante informará al asegurado, en un plazo no mayor a 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a "LA INSTITUCIÓN" y de que ésta cuente con toda la información necesaria para emitir dictamen correspondiente.

"LA INSTITUCIÓN" 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 obtener la firma de conformidad del Médico, en el formato o mediante escrito la aceptación del monto de los honorarios que "LA INSTITUCIÓN" cubrirá de acuerdo al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico. El formato o escrito deberá firmarse por cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales "LA INSTITUCIÓN" deberá cubrir sus honorarios.

Aplicación del Deducible y Coaseguro. - En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad el Asegurado pagará el deducible y en su caso, coaseguro correspondiente 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** cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro.

En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad requerida, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

convenio, se podrá eliminar el período de espera, de conformidad con lo establecido en la presente póliza.

b. REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos, podrá solicitar mediante reembolso, y "LA INSTITUCIÓN" le indemnizará aplicando en su caso el deducible correspondiente y el 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.

Quando 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" deberá informar en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que se requisiite.

"LA INSTITUCIÓN" cubrirá los gastos reclamados que así procedan, por padecimientos y/o accidentes cubiertos tramitados en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, así como en el interior de la República, 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 INSTITUCIÓN" 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.

En caso de que se presente el incumplimiento de lo anteriormente descrito "LA INSTITUCIÓN" pagará \$100.00 (Cien pesos 00/100 M.N.) por cada día natural de retraso a solicitud del Asegurado o de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación correspondiente.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA INSTITUCIÓN" 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, recibos de honorarios, etc., que satisfagan los requisitos fiscales vigentes (entregar archivos electrónicos PDF y XML) de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, 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 éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.
6. Formato de autorización para pago, en su caso, vía transferencia electrónica.
7. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario copia fotostática de la interpretación.
8. 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), 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 se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. **RESTRICCIÓN DE HOSPITALES** cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

Cuantía del reembolso.- La cantidad que "LA INSTITUCIÓN" 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, de ser aplicable, la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por siniestro, 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 cubiertos de conformidad con las condiciones generales de la póliza.
4. En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el periodo de espera, de conformidad con lo establecido en la presente póliza.

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, sean

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

liquidados mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" 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 en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el período de espera, conforme a lo establecido en la presente póliza.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 PARA NUEVOS PADECIMIENTOS.

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 dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora como lo establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, conforme a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo 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, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y 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 Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y 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 a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo 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 únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las 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 el pago 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 Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida 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 precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la Institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

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 este procedimiento.
- b. La cancelación de la presente póliza a solicitud del contratante.
- c. El término del período 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 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.

21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El Poder Judicial de la Federación podrá participar en las utilidades que obtenga "LA INSTITUCIÓN" 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. El dividendo se otorgará a favor de la contratante tanto el resultado de la cobertura básica, así como de las potenciaciones.

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

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

- 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.
- b. Si la suma de los siniestros reclamados en el periodo es mayor que el mencionado porcentaje de la prima pagada y devengada, no se otorgará dividiendo al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza.

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

A continuación se presenta la clasificación de hospitales considerando la aplicación de deducible y coaseguro conforme a la suma asegurada contratada, para enfermedades o accidentes cubiertos por esta póliza:

| Suma Asegurada expresada en UMAMVCDMX | Clasificación de Hospitales | Deducible | Coaseguro | Observaciones |
|---------------------------------------|-----------------------------|---|-----------|--|
| 295 333 444 592 | Tipo "A" | Titulares, cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX | 20% | La aplicación de deducible es obligatoria por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. El coaseguro es aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, con tope máximo de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro de acuerdo al tipo de hospital. |
| 740 o más | Tipo "A" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX | 0% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención, implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar el coaseguro cuyo porcentaje sea mayor con tope de \$30,000.00 por cada siniestro. |
| 295 333 444 | Tipo "B" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX | 15% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención no implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar únicamente el coaseguro especificado para la enfermedad en dichas condiciones, con tope de \$30,000.00. |
| 592 o más | Tipo "B" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX | 0% | |
| 295 o más | Tipo "C" | Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 UMAMVCDMX | 0% | |

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

TABLA HOSPITALES

| RELACION DE HOSPITALES | | |
|--|---|--|
| Hospitales Tipo "A" | Hospitales Tipo "B" | Hospitales Tipo "C" |
| Ciudad de México Hospital Ángeles del Pedregal Hospital Ángeles de las Lomas Hospital ABC Hospital ABC Santa Fe Guadalajara, Jal. Hospital Real San José de Zapopan Hospital Ángeles del Carmen Cd. Juárez, Chih. Hospital Ángeles Cd. Juárez Puebla, Puebla. Hospital Ángeles Puebla Tijuana, B.C. Hospital Ángeles de Tijuana Aguascalientes, Agsc. Central Médico Quirúrgica Saltillo, Coahuila Hospital Mujerera Torreon, Coahuila Hospital Ángeles Torreon León, Gto. Hospital Ángeles de León Puerto Vallarta, Jal. Hospital Aménmed Monterrey, N.L. Hospital Mujerera Monterrey Hospital San José de Monterrey Hospital Oca Santa Engracia Querétaro, Qro. Hospital Ángeles de Querétaro Cancún, Q. Roo. Hospital Gálvez de Cancún Villahermosa, Tabasco CERACOM Ángeles Villahermosa Xalapa, Veracruz Hospital Ángeles Xalapa | Ciudad de México Hospital Médica Sur Hospital Español Hospital Angeles Metropolitan Hospital Sports Clinic Centro Médico Tiber Hospital Excel Hospital Santa Fe Hospital Diande Tijuana, B.C. Hospital Excel Chihuahua, Chih. Hospital CIMA de Chihuahua Clínica de Parque Chihuahua Clínica del Centro Chihuahua Cd. Juárez, Chih. Centro Médico de Especialidades Saltillo, Coah. Hospital Mujerera de Saltillo León, Gto. Hospital Aranda de la Parra Guadalajara, Jal. Hospital San Javier México Americano Country 2000 Puerto Vallarta, Jal. Hospital San Javier María Estado de México Hospital Ciudad Saltillo Hospital Río de la Loza Monterrey, N.L. Hospital Mujerera Sur Hospital Mujerera Concepción Hospital de Ginecología y Obstetricia Querétaro, Qro. Hospital San José Cancún, Q. Roo. Hospital Americano de Cancún Culiacán, Sin. Hospital Ángeles de Culiacán Hermosillo, Son. Hospital Licena de Hermosillo Hospital Cima de Hermosillo Villahermosa, Tab. Hospital Ángeles de Villahermosa Cuernavaca, Mor. Henry Durant Cozumel Q. Roo. Clínica San Miguel Clínica Villahermosa | Ciudad de México e Interior de la República Mexicana Resto de los Hospitales en convenio |

Nota: Esta relación de Hospitales es enunciativa más no limitativa.

23 AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: XXX con domicilio en XXX; RFC: XXX, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en XXX.

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

**POBLACIÓN ASEGURADA
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MINISTROS, MAGISTRADOS Y
JUECES JUBILADOS DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.
(SCJN y CJF)**

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

POBLACIÓN S.C.J.N.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MINISTROS,
MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.3)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 UMAMVCDMX

| Edad | Sexo | Titular | Cónyuge | Hijo | Total |
|----------------------------|------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 0-19 | F | | | | 0 |
| 20-24 | F | | | | 0 |
| 25-29 | F | | | | 0 |
| 30-34 | F | | | | 0 |
| 35-39 | F | | | | 0 |
| 40-44 | F | | | | 0 |
| 45-49 | F | | | | 0 |
| 50-54 | F | 1 | | | 1 |
| 55-59 | F | | | 1 | 1 |
| 60-64 | F | | | | 0 |
| 65-69 | F | 2 | 3 | | 5 |
| 70-74 | F | 3 | 4 | | 7 |
| 75-79 | F | 5 | 4 | | 9 |
| 80-84 | F | 3 | 2 | | 5 |
| 85-89 | F | 2 | 1 | | 3 |
| 90-94 | F | 2 | | | 2 |
| 95-99 | F | 1 | | | 1 |
| Total Sexo Femenino | | 19 | 14 | 1 | 34 |

| Edad | Sexo | Titular | Cónyuge | Hijo | Total |
|-----------------------------|------|-----------|-----------|----------|-----------|
| 0-19 | M | | | 2 | 2 |
| 20-24 | M | | | 1 | 1 |
| 25-29 | M | | | | 0 |
| 30-34 | M | | | | 0 |
| 35-39 | M | | | | 0 |
| 40-44 | M | | | | 0 |
| 45-49 | M | | | | 0 |
| 50-54 | M | | | | 0 |
| 55-59 | M | | | | 0 |
| 60-64 | M | | | | 0 |
| 65-69 | M | 2 | 2 | | 4 |
| 70-74 | M | 4 | | | 4 |
| 75-79 | M | 7 | 1 | | 8 |
| 80-84 | M | 3 | | | 3 |
| 85-89 | M | 3 | | | 3 |
| 90-94 | M | 1 | 1 | | 2 |
| 95-99 | M | 3 | | | 3 |
| Total Sexo Masculino | | 23 | 4 | 3 | 30 |
| Total Asegurados | | 42 | 18 | 4 | 64 |

Gastos Médicos Mayores

MINISTROS, MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

POBLACIÓN CJF

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA MINISTROS,
MAGISTRADOS Y JUECES JUBILADOS

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.3)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 295 UMAMVCDMX

| Edad | Sexo | Total | Diagnóstico | UJG | Total |
|----------------------------|------|-----------|-------------|-----------|------------|
| 0-19 | F | | | 5 | 5 |
| 20-24 | F | | | 3 | 3 |
| 25-29 | F | | | | 0 |
| 30-34 | F | | | | 0 |
| 35-39 | F | | | | 0 |
| 40-44 | F | | | | 0 |
| 45-49 | F | | | 1 | 1 |
| 50-54 | F | | 4 | | 4 |
| 55-59 | F | 1 | 6 | 1 | 8 |
| 60-64 | F | 1 | 15 | | 16 |
| 65-69 | F | 4 | 28 | | 32 |
| 70-74 | F | 9 | 26 | | 35 |
| 75-79 | F | 4 | 16 | | 20 |
| 80-84 | F | 5 | 1 | | 6 |
| 85-89 | F | 3 | 2 | | 5 |
| 90-94 | F | | 1 | | 1 |
| 95-99 | F | | | | 0 |
| Total Sexo Femenino | | 27 | 99 | 10 | 136 |

| Edad | Sexo | Total | Diagnóstico | UJG | Total |
|-----------------------------|------|------------|-------------|-----------|------------|
| 0-19 | M | | | 4 | 4 |
| 20-24 | M | | | 9 | 9 |
| 25-29 | M | | | | 0 |
| 30-34 | M | | | 1 | 1 |
| 35-39 | M | | | | 0 |
| 40-44 | M | | | 2 | 2 |
| 45-49 | M | | | 2 | 2 |
| 50-54 | M | | 1 | 1 | 2 |
| 55-59 | M | 2 | 1 | | 3 |
| 60-64 | M | 2 | | | 2 |
| 65-69 | M | 21 | 2 | | 23 |
| 70-74 | M | 21 | 1 | | 22 |
| 75-79 | M | 46 | 1 | | 47 |
| 80-84 | M | 13 | 1 | | 14 |
| 85-89 | M | 9 | | | 9 |
| 90-94 | M | 4 | 1 | | 5 |
| 95-99 | M | | | | 0 |
| Total Sexo Masculino | | 118 | 8 | 19 | 145 |
| Total Asegurados | | 145 | 107 | 29 | 281 |

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 CUYA
PRIMA DE SEGURO SERÁ CUBIERTA EN
FORMA TOTAL POR EL SERVIDOR
PÚBLICO QUE LO CONTRATE.**

(SCJN-CJF-TE)

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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.

El servidor público en activo podrá asegurar a sus familiares cubriendo la prima de seguro correspondiente en su totalidad, cuyo parentesco sea hijos(as) que no sean dependientes económicos del servidor público, nietos, hermanos, sobrinos (hijos de hermanos), cuñados, abuelos, yerno, nuera y ascendientes (padres y suegros de 90 a 95 años de edad). Dicho parentesco se acreditará con actas civiles correspondientes.

Para efectos de cálculo de primas se considerará el cambio de edad y su impacto de cambio de quinquenio en cada corte fiscal durante la bianualidad.

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.

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.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

6. EMERGENCIA MÉDICA: Se considera emergencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubiertos 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.

Será cubierto mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" siempre y cuando se trate de Hospital y Médicos de Red, y derive en hospitalización de cuando menos 24 horas. En caso contrario "LA INSTITUCIÓN" 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.

Se cubrirán los padecimientos preexistentes, 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 médico.

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 en términos de la Circular Única de Seguros y Fianzas, capítulo 4.5, Disposición 4.5.12, 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 cobertura de los padecimientos preexistentes estará sujeta a lo estipulado en las presentes condiciones y solo en caso de controversia el asegurado y "LA INSTITUCIÓN", podrán realizar las gestiones correspondientes de conformidad a la legislación aplicable.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN".

8. PAGO DE COMPLEMENTOS Y/O COLAS DE SINIESTROS:

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas en esta póliza individual desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2017, 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 períodos al descubierto, para cada Asegurado, para que "LA INSTITUCIÓN" pueda cubrir los padecimientos establecidos con período de espera.

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

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

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD:

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

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

11. SUMA ASEGURADA:

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

Dicho monto se determinará multiplicando el número de UMA (Unidad de Medida de Actualización), indicado en el certificado individual de la póliza por la Unidad de Medida de Actualización Mensual Vigente en la Ciudad de México (UMAMVCDMX) en la fecha que se efectuó el primer gasto de cada enfermedad cubierta o accidente cubierto.

M

A

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 UMAMVCDMX y podrá ser incrementada a las opciones de 444, 592, 740, 1000 y 1500 UMAMVCDMX.

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 cubiertos, cuyo importe es de 2 UMAMCDMX.

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 con un tope máximo de \$30,000.00 M.N. por siniestro.

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 período mayor a 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, 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.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

19. RED MÉDICA:

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

20. COORDINACIÓN MÉDICA:

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

- Información al Asegurado referente al alcance de su póliza.
- 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 INSTITUCIÓN" 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.

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

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 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 INSTITUCIÓN" en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre de los asegurados, 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN":

La compañía de seguros

31. TABLA DE I.Q. (TABLA DE HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS):

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCIÓN" por pago de honorarios médicos quirúrgicos de hasta 39 UMAMVCDMX y 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 tipo de procedimiento quirúrgico.

[Handwritten signatures]

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 individual, desde el 30 de septiembre de 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2017, estos complementos no serán considerados padecimientos preexistentes. El pago de dichos complementos es hasta por el monto de la suma asegurada remanente del padecimiento de que se trate.

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 copia de la receta. Las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables (entregar archivos electrónicos en formato XML).

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de 39 UMAMVCDMX 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 INSTITUCIÓN"; 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 INSTITUCIÓN" 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 de acuerdo a la tabla de intervenciones quirúrgicas contratada.

- 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 INSTITUCIÓN".
- 4.4. Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:
- Cirujano, anesthesiologo, ayudante e instrumentista, de conformidad a la tabla I.Q. para enfermedades o accidentes cubiertos conforme a las condiciones generales de la póliza.
 - Hospital: se pagará el 60% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.
- 4.5 Cuando en una misma intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se traten 2 o más padecimientos cubiertos, se pagarán las reclamaciones de la siguiente manera:
- Para el primer procedimiento se tabularán los honorarios del cirujano, anesthesiologo, ayudante e instrumentista al 100% conforme a la tabla I.Q. contratada por el asegurado, y el segundo y subsecuentes procedimientos quirúrgicos se tabularán los honorarios del cirujano, anesthesiologo, ayudante e instrumentista al 50% conforme a la tabla de I.Q. contratada por el asegurado.
 - Hospital: se pagará el 100% de la factura total con excepción de las exclusiones propias de la póliza.

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

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 cubiertos.

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 cubiertos el límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCIÓN" 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 cubiertos 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 que el siniestro no esté amparado por esta póliza, "LA INSTITUCIÓN" pagará por única ocasión el 100% de los gastos de transportación de ambulancia terrestre por reembolso, siempre y cuando el evento se haya originado dentro de la vigencia de la póliza. El pago de ambulancia por única ocasión aplicará por asegurado.

La indemnización del costo de la ambulancia terrestre se considerará dentro de la siniestralidad de la póliza de Gastos Médicos Mayores.

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 cubiertos 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

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 cubiertos 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 contratada.

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 período de seis meses anteriores a la fecha de ingreso del Asegurado a esta póliza, no haya estado bajo tratamiento médico 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, velodelftismo, 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 cubiertos dentro de la vigencia de la póliza.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 INSTITUCIÓN" bajo este beneficio es hasta la suma asegurada contratada.

22. Se cubrirán gastos por estudios realizados a posibles donadores tratándose de histocompatibilidad indispensable en los casos de trasplantes de córnea, corazón y pulmón simultáneamente, hígado, riñón y/o médula ósea; estos estudios son enunciativos no limitativos; con un máximo de 5 estudios por enfermedad (5 estudios por vigencia, por asegurado y por padecimiento).

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 INSTITUCIÓN" 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.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros quedarán cubiertos, siempre y cuando la madre tenga al menos 6 meses de antigüedad en esta póliza, 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 esta póliza, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en el procedimiento, los gastos de hospitalización, medicamentos intrahospitalarios y postoperatorios siempre y cuando, estos 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 UMAMVCDMX.

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 aplican para todas las aseguradas, siempre y cuando tengan de 15 a 45 años de edad, y se cubrirá a partir del décimo mes de antigüedad en esta 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 UMAMVCDMX.

Dicho procedimiento aplica para todas las aseguradas, siempre y cuando tengan de 15 a 45 años de edad, y se cubrirá a partir del décimo mes de antigüedad en esta póliza.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

26. Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario:

Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertas hasta por una suma asegurada máxima de 30 UMAMVCDMX, 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.

Dichos procedimientos aplican para todas las aseguradas, siempre y cuando tengan de 15 a 45 años de edad, y se cubrirán a partir del décimo mes de antigüedad en esta póliza.

27. 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 y/o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua se eliminará el período 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 contratada.

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

28. 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 período 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.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

29. Circuncisión, se cubrirá una vez transcurrido el segundo año de antigüedad continua de la póliza para cada Asegurado.

30. 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.

31. 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 esta póliza.

El reconocimiento de antigüedad no implica que se efectuarán pagos correspondientes a tratamientos por los que se hayan erogado gastos antes del inicio de vigencia de la presente póliza con "LA INSTITUCIÓN".

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 INSTITUCIÓN".

32. 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.

33. 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 cubiertos 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.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

- 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 obligatorio señalado en el apartado DEFINICIONES numeral 12, con aplicación de 20% de coaseguro con un tope máximo de \$30,000.00 por cada siniestro.
- e. Los gastos erogados en el extranjero que no fueran cubiertos por pago directo, serán cubiertos sólo a través del sistema de Reembolso.

34. COBERTURA INTERNACIONAL

Esta cobertura es voluntaria e independiente de la cobertura básica y puede contratarse dentro de los primeros 30 días naturales, de cada ejercicio fiscal o de la fecha de su aseguramiento en esta póliza, dicha cobertura operará de la siguiente forma:

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 esta póliza, con aplicación del deducible obligatorio y del 20% de coaseguro correspondiente con un tope máximo de \$30,000.00 por cada siniestro. La suma asegurada que se considera para la cobertura en el extranjero es la que tenga el asegurado contratada al momento del primer gasto o síntoma del padecimiento. En caso de accidente se elimina el coaseguro.

En su caso "LA INSTITUCIÓN" 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.

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 en esta póliza.

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.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 córnea, 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, aun 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. Complementos vitamínicos ni fórmulas infantiles.
26. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge) del asegurado o el mismo asegurado.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 INSTITUCIÓN", 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, de conformidad con el grado de parentesco establecido en las DEFINICIONES de esta póliza, a solicitud expresa de los servidores públicos y con cargo total al propio servidor público que la contrate.

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 2017 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2019.

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 INSTITUCIÓN". En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por "LA INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" por escrito precisamente en su domicilio legal.

Las que "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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 INSTITUCIÓN", 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, BAJAS E INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA

Mientras esté en vigor la presente póliza, "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN", 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 "INSTITUCIÓN". En caso de alta de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, previo llenado del formato de consentimiento para ser asegurado y la documentación establecida para el aseguramiento, la "INSTITUCIÓN" 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 incrementar o decrementar la suma asegurada: 379, 444, 592, 740, 1000 o 1500 UMAMVCDMX dentro de los primeros 30 días naturales de cada ejercicio fiscal o a la fecha de su incorporación a la colectividad asegurada. Pasado este tiempo no podrá realizar ningún movimiento durante el ejercicio fiscal.

La potenciación que se contrate durante la vigencia de la póliza tiene efecto sobre siniestros amparados por el contrato de seguro, procedentes y que ocurran con posterioridad a la contratación de dicha potenciación.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

Causarán baja de este seguro, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual cada una de las Instancias lo comunicará por escrito a "LA INSTITUCIÓN", entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

Asimismo, causarán baja de la colectividad aquellos asegurados que hayan dejado de cubrir las primas correspondientes en la fecha límite establecida por "LA INSTITUCIÓN" para cada período de pago y no podrán solicitar nuevamente el aseguramiento durante el mismo ejercicio fiscal.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia de la póliza, "LA INSTITUCIÓN" devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

9. 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 INSTITUCIÓN" las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada.
- c. Comunicar las modificaciones a las pólizas en vigor.

II. DE "LA INSTITUCIÓN"

- a. Entregar reportes de siniestralidad impresa y en medio magnético a Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación, dentro de los primeros quince días naturales de cada mes siguiente al mes que se reporta.
- b. Verificar que no exista duplicidad de asegurados entre todas las pólizas del Poder Judicial de la Federación, informando a cada Instancia Administrativa a efecto de eliminar la duplicidad de aseguramiento.
- c. Generación de reportes de siniestralidad de la población asegurada de conformidad con las características requeridas por cada Instancia Administrativa.
- d. Para la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la aplicación de la cobranza vía descuento por nómina se realizará de conformidad con el calendario establecido por dicha Instancia Administrativa.
- e. Entregar trimestralmente el directorio de Hospitales y Médicos en convenio actualizados dentro de los primeros quince días naturales de cada mes.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

- f. Emitir certificados individuales y tarjetas de identificación de los asegurados en esta póliza, dentro de los 7 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud del movimiento (altas, bajas, modificaciones).
- g. Al término de cada ejercicio fiscal "LA INSTITUCIÓN" deberá entregar un reporte completo y detallado de todos los pagos realizados que contenga como datos mínimos los siguientes: Número de Siniestro, Póliza, Suma Asegurada en UMA (Unidad de Medida de Actualización) y su equivalencia en pesos, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), inicio y conclusión de vigencia, año, periodo del reporte, consecutivo de liquidación, fecha primer gasto, fecha de pago, fecha de registro, ciudad, estado, descripción del padecimiento, hospital o proveedor, deducible, coaseguro, importe pagado sin IVA, IVA, importe pagado con IVA, tipo de siniestro, tipo de pago, remanente de suma asegurada, pago inicial o complemento, tipo de pago de complemento (iniciado en la póliza o complemento de otra póliza de seguro).

10. EDAD

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

- a. 95 años de edad.
- b. "LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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.

11. RESIDENCIA.

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

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

12. 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 período pactado y estará exento de tasa de financiamiento por pagos fraccionados, los pagos podrán ser vía depósito bancario, domiciliación a tarjeta de crédito bancaria, de manera mensual, trimestral, semestral o de contado. Para el caso de la Suprema Corte de Justicia de la Nación también podrá realizarse el pago vía descuento por nómina a cargo del servidor público en activo que lo contrate.

La elección o modificación de forma de pago (periodos), se realizará durante los primeros 30 días naturales de cada ejercicio fiscal o al momento de la contratación de la póliza.

"LA INSTITUCIÓN" 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 modificaciones correspondientes a la vigencia contratada, mismas que servirán de base para la expedición de certificados y tarjetas de identificación de aseguramiento.

Los pagos de las primas con independencia de la forma contratada, serán cubiertos, directamente por el servidor público contratante, conforme al procedimiento establecido en cada instancia del Poder Judicial de la Federación.

13. PERÍODO 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.

"LA INSTITUCIÓN" deberá entregar los recibos para el pago de primas cuya fecha límite de pago se contemple al inicio de cada período de la fracción (mensual, trimestral, semestral y anual), que se haya elegido como forma de pago.

14. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula 12. 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

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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.

15. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACION.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto, el asegurado liquidará el deducible y en su caso el coaseguro cuando así corresponda, dependiendo de la enfermedad de que se trate y del sistema de pago de Indemnización utilizado.

PAGO DE RECLAMACIONES.

"LA INSTITUCIÓN" 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 INSTITUCIÓN" 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 de "LA INSTITUCIÓN", 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 INSTITUCIÓN" se comunicará y establecerá con la Institución Hospitalaria que atienda al Asegurado, el pago de estos gastos, una vez que el asegurado haga la notificación correspondiente a la Coordinación de la Red Médica Nacional de "LA INSTITUCIÓN" y en el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada "LA INSTITUCIÓN". En caso contrario la reclamación será canalizada bajo el esquema de reembolso establecido en la póliza.

Cuando se trate de menores de edad, en caso de siniestro, se cubrirá el pago respectivo al servidor público contratante.

No se hará por parte de "LA INSTITUCIÓN" 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 vigentes.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

Las reclamaciones tramitadas en la Ciudad de México y Zona Metropolitana así como en el interior de la República, serán liquidadas en el curso de los doce días naturales siguientes a la fecha en que "LA INSTITUCIÓN" 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.

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".

16. 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 INSTITUCIÓN", cuyo deducible obligatorio referido en la cláusula 15 anterior, deberá ser cubierto por el asegurado directamente en el hospital en el momento del alta del asegurado, así como el pago de coaseguro que, en su caso, corresponda de conformidad con lo establecido en la cláusula general 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro cubierto por la póliza y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a los 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.

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 INSTITUCIÓN" 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 por escrito firmado.

Para los trámites de programación de cirugías, tratamientos, o medicamentos, "LA INSTITUCIÓN" tendrá hasta 5 (cinco) días hábiles para proporcionar la respuesta.

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.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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

Para informar la procedencia del Reporte en el Hospital "LA INSTITUCIÓN" por conducto de un representante informará al asegurado, en un plazo no mayor a 24 horas a partir del reporte que se haya efectuado a "LA INSTITUCIÓN" y de que ésta cuente con toda la información necesaria para emitir dictamen correspondiente.

"LA INSTITUCIÓN" 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 obtener la firma de conformidad del Médico, en el formato o mediante escrito la aceptación del monto de los honorarios que "LA INSTITUCIÓN" cubrirá de acuerdo al tabulador de Médicos en convenio para el mismo procedimiento médico. El formato o escrito deberá firmarse por cada uno de los médicos que intervengan y a los cuales "LA INSTITUCIÓN" deberá cubrir sus honorarios.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad el Asegurado pagará el deducible y en su caso, coaseguro correspondiente 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 cuyo tope será de \$30,000.00 pesos por cada siniestro.

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

b. REEMBOLSO.

Si el Asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de Hospitales y/o Médicos, podrá solicitar mediante reembolso, y "LA INSTITUCIÓN" le indemnizará aplicando en su caso el deducible correspondiente y el 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.

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 INSTITUCIÓN" 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

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

incompleta "LA INSTITUCIÓN" deberá informar en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que se requisiite.

"LA INSTITUCIÓN" cubrirá los gastos reclamados que así procedan, por padecimientos y/o accidentes cubiertos tramitados en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, así como en el interior de la República, 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 INSTITUCIÓN" 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.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA INSTITUCIÓN" 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, recibos de honorarios, etc., que satisfagan los requisitos fiscales vigentes (entregar archivos electrónicos PDF y XML) de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, 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 éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.
6. Formato de autorización para pago, en su caso, vía transferencia electrónica.
7. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario copia fotostática de la interpretación.
8. 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, 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.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

Cuantía del reembolso.- La cantidad que "LA INSTITUCIÓN" 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, de ser aplicable, la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por siniestro, 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 cubiertos de conformidad con las condiciones generales de la póliza.
4. En caso de que en la localidad de residencia del asegurado no exista médico en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el periodo de espera, de conformidad con lo establecido en la presente póliza, previa autorización de "LA INSTITUCIÓN".

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, sean liquidados mediante pago directo por "LA INSTITUCIÓN" 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 en convenio de la especialidad requerida y el médico tratante de la localidad, se ajuste a los tabuladores con los que "LA INSTITUCIÓN" liquida a sus médicos en convenio, se podrá eliminar el periodo de espera, conforme a lo establecido en la presente póliza, previa autorización de "LA INSTITUCIÓN".

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación se aplicará el deducible de conformidad a los supuestos contratados y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro.

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 INSTITUCIÓN" por pago directo, aplicando para ello los términos establecidos en la presente póliza.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

17. 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.

18. 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 INSTITUCIÓN" expresamente acuerdan someterse, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, a las determinaciones del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

19. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA PARA NUEVAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS.

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.

20. INTERÉS MORATORIO.

Si "LA INSTITUCIÓN" no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora como lo establece el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, conforme a lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo 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, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y 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;

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y 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 a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo 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 únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las 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 el pago 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 Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida 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 precedentes;

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la Institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

21. 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 este procedimiento.
- b. La cancelación de la presente póliza a solicitud del contratante.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

- c. El término del período 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 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.

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

A continuación se presenta la clasificación de hospitales considerando la aplicación de deducible y coaseguro conforme a la suma asegurada contratada, para enfermedades o accidentes cubiertos por esta póliza:

| Suma Asegurada expresada en UMAMVCDMX | Clasificación de Hospitales | Deducible | Coaseguro | Observaciones |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|-----------|--|
| 379 444 592 | Tipo "A" | Familiares asegurados: 2 UMAMVCDMX | 20% | La aplicación de deducible es obligatoria por cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. El coaseguro es aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, con tope máximo de \$30,000.00 M.N. por cada siniestro de acuerdo al tipo de hospital. |
| 740 o más | Tipo "A" | Familiares asegurados: 2 UMAMVCDMX | 0% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención, implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar el coaseguro cuyo porcentaje sea mayor con tope de \$30,000.00 por cada siniestro. |
| 379 444 | Tipo "B" | Familiares asegurados: 2 UMAMVCDMX | 15% | Para aquellas enfermedades que en estas condiciones generales se especifique un porcentaje de coaseguro obligatorio, y que en razón del tipo de hospital que se use para la atención no implique el pago de algún porcentaje de coaseguro, se deberá pagar únicamente el coaseguro especificado para la enfermedad en dichas condiciones, con tope de \$30,000.00. |
| 592 o más | Tipo "B" | Familiares asegurados: 2 UMAMVCDMX | 0% | |
| 379 o más | Tipo "C" | Familiares asegurados: 2 UMAMVCDMX | 0% | |

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

TABLA HOSPITALES

| RELACIÓN DE HOSPITALES | | |
|---|--|--|
| Hospitales Tipo "A" | Hospitales Tipo "B" | Hospitales Tipo "C" |
| <p>Ciudad de México Hospital Ángeles del Pedregal Hospital Ángeles de las Lomas Hospital ABC Hospital ABC Santa Fe</p> <p>Guadalajara, Jal. Hospital Real San José de Zapopan Hospital Ángeles del Centro</p> <p>Cd. Juárez, Chih. Hospital Ángeles Cd. Juárez</p> <p>Puebla, Puebla Hospital Ángeles Puebla</p> <p>Tijuana, B.C. Hospital Ángeles de Tijuana</p> <p>Agua Prieta, Agsc. Centro Médico Guaymas</p> <p>Saltillo, Coahuila Hospital Mujerza</p> <p>Torreón, Coahuila Hospital Ángeles Torreón</p> <p>León, Gto. Hospital Ángeles de León</p> <p>Puerto Vallarta, Jal. Hospital Aménmed</p> <p>Monterrey, N.L. Hospital Mujerza Monterrey Hospital San José de Monterrey Hospital Oca Santa Engracia</p> <p>Querétaro, Qro. Hospital Ángeles de Querétaro</p> <p>Cancun, Q. Roo Hospital Galena de Cancun</p> <p>Villahermosa, Tabasco DERACOM Ángeles Villahermosa</p> <p>Xalapa, Veracruz Hospital Ángeles Xalapa</p> | <p>Ciudad de México Hospital Médica Sur Hospital Español Hospital Ángeles Metropolitan Hospital Sports Clinic Centro Médico Tiber Hospital Mocel Hospital Santa Fe Hospital Dalinde</p> <p>Tijuana, B.C. Hospital Excel</p> <p>Chihuahua, Chih. Hospital CIMA de Chihuahua Clínica de Parque Chihuahua Clínica del Centro Chihuahua</p> <p>Cd. Juárez, Chih. Centro Médico de Especialidades</p> <p>Saltillo, Coah. Hospital Mujerza de Saltillo</p> <p>León, Gto. Hospital Aranda de la Parra</p> <p>Guadalajara, Jal. Hospital San Javier Mexico Americano Country 2000</p> <p>Puerto Vallarta, Jal. Hospital San Javier Marina</p> <p>Estado de México Hospital Ciudad Saltillo Hospital Rio de la Laja</p> <p>Monterrey, N.L. Hospital Mujerza Sur Hospital Mujerza Concespob Hospital de Ginecología y Obstetricia</p> <p>Querétaro, Qro. Hospital San José</p> <p>Cancun, Q. Roo Hospital Americano de Cancun</p> <p>Culiacan, Sin. Hospital Ángeles de Culiacan</p> <p>Hermosillo, Son. Hospital Lucena de Hermosillo Hospital Cera de Hermosillo</p> <p>Villahermosa, Tab. Hospital Ángeles de Villahermosa</p> <p>Cuernavaca, Mor. Henry Durant</p> <p>Cotzumel Q. Roo. Clínica San Miguel Clínica Villahueva</p> | <p>Ciudad de México e Interior de la República Mexicana Presto de los Hospitales en convenio</p> |

Nota: Esta relación de Hospitales es enunciativa más no limitativa.

23. AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad, XXX con domicilio en XXX, RFC: XXX, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en XXX

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

POBLACIÓN ASEGURADA

**SEGURO VOLUNTARIO DE GASTOS
MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE
LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO
DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
CUYA PRIMA DE SEGURO SERÁ CUBIERTA
EN FORMA TOTAL POR EL SERVIDOR
PÚBLICO QUE LO CONTRATE.**

(SCJN, CJF y TEPJF)

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 379 UMAMVCDMX

| EDAD | Población | | TOTAL |
|-------|------------|------------|------------|
| 0-19 | 60 | 65 | 125 |
| 20-24 | 6 | 5 | 11 |
| 25-29 | 4 | 13 | 17 |
| 30-34 | 11 | 13 | 24 |
| 35-39 | 7 | 12 | 19 |
| 40-44 | 8 | 16 | 24 |
| 45-49 | 3 | 9 | 12 |
| 50-54 | 4 | 5 | 9 |
| 55-59 | 1 | 6 | 7 |
| 60-64 | 1 | 5 | 6 |
| 65-69 | 3 | 2 | 5 |
| 70-74 | 2 | 4 | 6 |
| 75-79 | 1 | 1 | 2 |
| 80-84 | | 1 | 1 |
| 85-89 | | | 0 |
| 90-94 | | 2 | 2 |
| | 111 | 159 | 270 |

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

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)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 379 UMAMVCDMX

| Edad | Varones | Mujeres | Total |
|--------------|------------|------------|------------|
| 0-19 | 190 | 186 | 376 |
| 20-24 | 35 | 24 | 59 |
| 25-29 | 58 | 32 | 90 |
| 30-34 | 59 | 40 | 99 |
| 35-39 | 52 | 25 | 77 |
| 40-44 | 25 | 21 | 46 |
| 45-49 | 24 | 19 | 43 |
| 50-54 | 25 | 9 | 34 |
| 55-59 | 16 | 7 | 23 |
| 60-64 | 20 | 9 | 29 |
| 65-69 | 17 | 10 | 27 |
| 70-74 | 5 | 6 | 11 |
| 75-79 | 3 | 1 | 4 |
| 80-84 | 2 | | 2 |
| 85-89 | 1 | | 1 |
| 90-94 | 8 | 2 | 10 |
| Total | 540 | 391 | 931 |

Gastos Médicos Mayores

FAMILIARES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

POBLACIÓN TRIBUNAL ELECTORAL
PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO
(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.4)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 379 UMAMVCDMX

| EDAD | MALE | FEMALE | TOTAL |
|-------|-----------|-----------|------------|
| 0-19 | 14 | 21 | 35 |
| 20-24 | 4 | 1 | 5 |
| 25-29 | 3 | 9 | 12 |
| 30-34 | 2 | 12 | 14 |
| 35-39 | 4 | 5 | 9 |
| 40-44 | 5 | 9 | 14 |
| 45-49 | 1 | 7 | 8 |
| 50-54 | 2 | 4 | 6 |
| 55-59 | 2 | 5 | 7 |
| 60-64 | 2 | 2 | 4 |
| 65-69 | | | 0 |
| 70-74 | | 3 | 3 |
| 75-79 | 1 | | 1 |
| 80-84 | | 1 | 1 |
| 85-89 | 1 | | 1 |
| 90-94 | | 1 | 1 |
| | 41 | 80 | 121 |

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

PARTIDA 2

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ
TOTAL Y PERMANENTE DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.
(SCJN-CJF-TE)

1

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

PROCEDIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 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 2017 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación del Seguro de Vida e 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 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2017 hasta las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2019.

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. 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 su Anexo Técnico.
2. Las empresas deberán incluir dentro de las condiciones generales, guía rápida de uso de la póliza.
3. Las participantes deberán proporcionar Directorio de las oficinas que darán atención a los servidores públicos adscritos en la Ciudad de México y Zona Metropolitana, así como en las ciudades del interior de la República que a continuación se indican, y en aquellas en las que en su futuro se requiera.

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

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

4. Las empresas participantes deberán presentar los siguientes formatos.
- Formato para Designación de Beneficiarios, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:

DATOS DEL SOLICITANTE

- Nombre
- RFC.
- No. de expediente.
- CURP
- Instancia en la que labora
- Nombre de los Beneficiarios
- Parentesco.
- Porcentaje de asignación
- Lugar y fecha de llenado.
- Espacio para sello de la Instancia y de "LA INSTITUCIÓN".
- Espacio para firma del Asegurado.

5. Muestra de certificado.
6. Formatos para trámites de indemnización
7. 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, de conformidad al calendario establecido en cada una de ellas.
8. "LA INSTITUCIÓN" deberá asignar al menos un Ejecutivo de cuenta o un Coordinador por cada Instancia Administrativa (SCJN, CJF, TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional (emisión de certificados electrónicos en formato PDF, recepción de trámites, gestión de siniestros, etc.).
9. "LA INSTITUCIÓN" deberá generar y entregar a cada instancia, a más tardar el día 15 del mes inmediato siguiente al mes que se reporte, en medio digital, reporte mensual y acumulado de la siniestralidad, de acuerdo al siguiente formato:
- Número de siniestro.
 - Fecha de siniestro
 - Fecha de pago.
 - Tipo de siniestro.
 - Nombre de titular
 - Número de expediente
 - Importe pagado

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- Desglose de retención en su caso.
- Tipo de pago (anticipo o total).
- Remanente de suma asegurada en su caso.

10. Emisión y entrega de Certificados:

"LA INSTITUCIÓN" deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de los certificados y condiciones generales en formato electrónico PDF de la póliza de Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente.

- Los certificados electrónicos de la póliza deberán contemplar nombre del servidor público, suma asegurada (en número de meses), e identificar la póliza con el número de expediente del Servidor Público.
- Los certificados deberán emitirse de manera electrónica en formato PDF al inicio de vigencia, en caso de nuevo ingreso al Poder Judicial de la Federación así como, cuando el servidor público cambie de nivel (operativo-mando medio o viceversa).
- "LA INSTITUCIÓN" entregará a la DGRHIA de la Corte, la DGSP del Consejo y la DGRH del Tribunal, la totalidad de los certificados de los asegurados de manera electrónica en formato PDF, 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 de conformidad a los requerimientos de dichas Instancias.

11. "LA INSTITUCIÓN" deberá proporcionar e instalar a su costo, un módulo de atención en un inmueble del Consejo de la Judicatura Federal, en la ciudad de México, que otorguen servicios en horario continuo de 9:00 a 18:30 horas
12. "LA INSTITUCIÓN" deberá contar con un portal electrónico en su sitio web, específico para el Poder Judicial de la Federación, en el cual los servidores públicos asegurados puedan ingresar y consultar entre otros, las condiciones generales de la póliza, guía de reclamaciones, formatos y requisitos para los trámites, así como los certificados de este Seguro en formato PDF debidamente actualizados.
13. "LA INSTITUCIÓN" deberá 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 mantener actualizada de acuerdo a las solicitudes de modificaciones, designación de beneficiarios, etc., incluyendo los datos con los que en su caso, cuente "LA INSTITUCIÓN" y que deberá complementar.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

El sistema para la base de datos de "LA INSTITUCIÓN" deberá tener la capacidad para emitir los certificados de forma electrónica en formato PDF directamente en los Módulos de Atención ubicados en cada una de las Instancias contratantes.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. **"LA INSTITUCIÓN"**: La Aseguradora que el Poder Judicial de la Federación contrata para que otorgue los servicios del Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente.
2. **Asegurados**: Los 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), Ministros en retiro, Ministros jubilados o por conclusión de encargo, así como jubilados y pensionados que contraten este seguro a través del ISSSTE.
3. **Siniestro**: Fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez.
4. **Sueldo Básico**: Para efectos de este contrato se entenderá por sueldo básico la suma de la percepción bruta y mensual del sueldo base y la compensación garantizada en el caso de Mandos Medios y Funcionarios Superiores; para personal de nivel operativo se considerarán el sueldo base y compensación de apoyo.
5. **Cobertura básica**: La protección por 40 meses del sueldo básico por fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez.
6. **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 sueldo básico, por fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez, que los servidores públicos decidan contratar de manera voluntaria.
Para los Ministros Jubilados, Ministros en retiro y por conclusión de encargo la protección adicional a la cobertura básica que decidan contratar de manera voluntaria será de 40.5 o 68 veces de la pensión mensual por fallecimiento.
7. **Cobertura básica para pensionados**: La protección por 18 veces del monto de su pensión mensual que tenía a la fecha de fallecimiento.
La única cobertura que se contrata para los asegurados pensionados o jubilados es la de fallecimiento y no existe límite de edad de aceptación.
8. **Designación de beneficiarios**: Formato en el que voluntariamente el asegurado designa a sus beneficiarios.
9. **Contrato**: Documento jurídico en el cual "LA INSTITUCIÓN" se obliga mediante una prima, a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista.
10. **Contratante**: Poder Judicial de la Federación.
11. **Instancias**:
Las tres instancias que conforman el Poder Judicial de la Federación:
Suprema Corte de Justicia de la Nación
Consejo de la Judicatura Federal
Tribunal Electoral

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

12. Endoso: Documento mediante el cual se establecen condiciones específicas de conformidad con el grupo asegurable que requieren las Instancias del Poder Judicial de la Federación, que forma parte del contrato.
13. ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
14. 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 del Estado. Los dictámenes de invalidez total y permanente son notificados al Poder Judicial de la Federación hasta que la autoridad competente (ISSSTE) lo determina, por lo que no se cuenta con la relación del personal que se encuentre en proceso de invalidez y/o incapacidad.
15. 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.
16. 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 ISSSTE.
17. Pensión: La renta o retiro programado.
18. Jubilados: Toda persona a la que la legislación laboral vigente le reconozca tal carácter. Jubilados son aquellos trabajadores que se pensionan con los requisitos de edad y años de servicios establecidos en la Ley del ISSSTE.
19. Pensionados: Los pensionados son los trabajadores que tengan pensión por cualquiera de los supuestos establecidos en la Ley del ISSSTE.
20. Póliza: Número con el que "LA INSTITUCIÓN" identificará a las Instancias del Poder Judicial de la Federación, participantes en el contrato de Seguro.
21. Prima básica: Costo de la cobertura básica a cargo de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación.
22. Prima potenciada: Costo de la cobertura potenciada a cargo del servidor público, pensionado o jubilado que de manera voluntaria la contrata.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

CLÁUSULAS GENERALES

Primera. Colectividad asegurada

- a. Los servidores públicos en activo, Ministros en retiro, Ministros jubilados o por conclusión de encargo que en virtud de nombramiento legalmente expedido o acuerdo correspondiente, cualquiera que sea su edad, es decir, que no existe un límite de edad, sexo u ocupación y presten sus servicios a las Instancias del Poder Judicial de la Federación.

Al personal con licencia con goce de sueldo se considera servidor público en activo.

Al personal con licencia médica expedida por el ISSSTE se considera servidor público en activo.

Los servidores públicos con licencia sin goce de sueldo podrán voluntariamente solicitar a "LA INSTITUCIÓN" la contratación de continuidad por el periodo de licencia, y cubrir el costo de la prima de seguro correspondiente dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de inicio de la licencia.

Todo asegurado que se indemniza por invalidez total y permanente, ya no contará nuevamente con esta cobertura ni tampoco con la cobertura de fallecimiento.

- b. Los pensionados y jubilados del Poder Judicial de la Federación, cualquiera que sea su edad, sexo u ocupación, excepto aquellos pensionados por invalidez quienes ya no podrán ser parte de la colectividad asegurada.

Quedan expresamente excluidos de este seguro:

Las personas que prestando sus servicios a favor de cualquiera de las Instancias del Poder Judicial de la Federación, perciban sus emolumentos por honorarios.

Segunda. Suma asegurada básica para servidores públicos en activo, Ministros en retiro, Ministros jubilados o por conclusión de encargo.

"LA INSTITUCIÓN" 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 40 meses de 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

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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 de la Instancia del Poder Judicial de la Federación.

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 por fallecimiento excluye el de la Incapacidad Total y Permanente o Invalidez y, el de este último, al primero.

En caso de que un asegurado sea indemnizado por invalidez total y permanente ya no contará con la cobertura de fallecimiento.

Los Ministros en retiro, Ministros jubilados o por conclusión de encargo, tendrán únicamente la cobertura por fallecimiento.

Los pensionados y jubilados que hubieren contratado la continuidad del seguro ante el ISSSTE tendrán únicamente la cobertura por fallecimiento.

Cada instancia del Poder Judicial de la Federación entregará a "LA INSTITUCIÓN" la actualización de sus tabuladores salariales de los servidores públicos en activo cuando se presente alguna modificación.

Tercera. Suma asegurada potenciada para servidores públicos en activo, Ministros en retiro, Ministro jubilados o por conclusión de encargo.

El Contratante y "LA INSTITUCIÓN" convienen que los servidores públicos en activo, protegidos por este seguro, podrán cubrir el incremento de suma asegurada (potenciación) mediante el pago de prima correspondiente con cargo a su salario a través del sistema de nómina.

Las sumas aseguradas potenciadas adicionales a la cobertura básica son 68 meses para el personal operativo y 40.5 meses o 68 meses en el caso de Mandos Medios, Funcionarios Superiores, Ministros en retiro, Ministros jubilados o por conclusión de encargo, del sueldo básico o pensión, según sea el caso, siendo la cobertura por fallecimiento para todos y sólo de manera adicional para los servidores públicos en activo, aplica la cobertura de incapacidad total y permanente o invalidez.

Aquellos asegurados que ya cuentan con el dictamen de invalidez emitido por el ISSSTE, no podrán acceder a ningún plan de potenciación.

Cuarta. Suma asegurada para pensionados.

"LA INSTITUCIÓN" pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del fallecimiento del pensionado o jubilado asegurado, el monto equivalente a 18 veces el importe de su pensión mensual al momento de ocurrir el siniestro.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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. No podrá potenciar la suma asegurada el personal pensionado; salvo los Ministros en retiro, Ministros jubilados o por conclusión de encargo.

Los beneficiarios podrán acudir a las instalaciones de "LA INSTITUCIÓN" en la ciudad de México y Zona Metropolitana, así como en las oficinas ubicadas en las distintas entidades federativas de la República Mexicana para realizar trámites de indemnización de este Seguro.

Quinta. Prima básica

Prima de servidores públicos en activo.

El importe de la prima a pagar durante la vigencia del contrato, por cada asegurado será la cantidad equivalente al porcentaje del sueldo básico establecido en el contrato, que será cubierto por las Instancias del Poder Judicial de la Federación en donde labore cada servidor público.

Prima de Ministros en retiro, Ministros 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 al porcentaje de su haber de retiro y/o pensión que será cubierta por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

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 porcentaje de su pensión mensual, que se establezca en el propio contrato y que se cubrirá por cada pensionado o jubilado a través del ISSSTE mediante descuento en la pensión.

La prima mensual a pagar será la cantidad equivalente al 0.7% de su pensión mensual que será enterada a "LA INSTITUCIÓN" a través del ISSSTE.

"LA INSTITUCIÓN" contratada por el Poder Judicial de la Federación deberá contactar al ISSSTE para que el pago de la prima de seguro de los pensionados y jubilados que contraten el seguro, se realice a través de descuentos en la pensión.

Sexta. 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 (sueldo base) y (compensación garantizada) o (compensación de apoyo), o pensión mensual. "LA INSTITUCIÓN", verificará esa percepción con el Tabulador de Sueldos que se encuentre vigente.

Séptima. Designación de beneficiarios

Cualquier miembro de la colectividad asegurada deberá designar a sus beneficiarios, mediante el llenado del formato establecido debidamente requisitado

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

y firmado. Los asegurados deberán entregar dichos formatos a la Instancia del Poder Judicial de la Federación correspondiente. En caso de no hacerlo, no será responsabilidad de la Instancia ni de "LA INSTITUCIÓN", cuando suceda un siniestro. En el supuesto de que no hubiere un formato de designación de beneficiarios 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 INSTITUCIÓN" desahogará la "Acreditación de Beneficiarios", siempre y cuando.

- el asegurado no haya elaborado testamento,
- la suma asegurada no rebase las 400 veces la Unidad de Medida Actualizada Mensual Vigente para la Ciudad de México y zona metropolitana (UMAMVCDMX), 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 procedimiento de acreditación de beneficiarios será el que "LA INSTITUCIÓN" tenga establecido como parte de sus procesos de indemnización.

La administración de los formatos de designación de beneficiarios elaborados en la vigencia de la póliza estará a cargo de "LA INSTITUCIÓN".

El servidor público requisitará el formato denominado "Designación de Beneficiarios", establecido, el cual será autocopiable en 2 tantos mismo que será sellado por cada Instancia y/o "LA INSTITUCIÓN". El original se entregará a "LA INSTITUCIÓN" a través de las Instancias del Poder Judicial de la Federación correspondiente, la primera copia la conservará la Instancia y la segunda copia se entregará al asegurado o en su caso el área correspondiente lo resguardará. "LA INSTITUCIÓN"

El formato de designación de beneficiarios se acordará entre las Instancias del Poder Judicial de la Federación y "LA INSTITUCIÓN".

El certificado será emitido de forma electrónica en formato PDF, el cual será únicamente de carácter informativo, toda vez que para realizar trámites de indemnización de este seguro, es necesario presentar copia del formato

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

autocopiable correspondiente al asegurado, o bien, copia certificada de la última designación de beneficiarios que conserve la instancia del Poder Judicial de la Federación en la que se encuentre adscrito el asegurado al momento del siniestro.

"LA INSTITUCIÓN" pagará con la última designación de beneficiarios al momento del reclamo.

El original y las copias contarán con el sello original de la Instancia del Poder Judicial de la Federación.

El asegurado podrá hacer cambio de beneficiarios en cualquier momento, para lo cual deberá requisitar nuevamente el formato denominado "Designación de Beneficiarios" y entregarlo en el área correspondiente de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, para que a su vez el original correspondiente sea remitido a "LA INSTITUCIÓN" para su resguardo.

Cuando no exista beneficiario designado o si estos 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 del Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente, será la que se utilizará para pagar la suma asegurada, tanto de la prima básica como de la prima potenciada.

La designación de beneficiarios es aplicable para la cobertura de fallecimiento.

En caso de que los beneficiarios no cuenten con la copia correspondiente del formato de designación de beneficiarios (hoja autocopiable), "LA INSTITUCIÓN" aceptará una copia certificada de la última designación de beneficiarios que obre en el expediente personal del área administrativa de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación en la que se encontraba el asegurado al momento del siniestro, para realizar el pago correspondiente.

En caso de que exista alguna diferencia en los nombres del asegurado y/o beneficiarios, será necesario acreditar la aclaración correspondiente mediante documento oficial (instrumento notarial o jurisdiccional), que conforme a derecho proceda.

En caso de que exista alguna diferencia en la firma del asegurado, estampada en la designación de beneficiarios, contra su identificación oficial, será necesario presentar identificación diferente en donde coincidan los rasgos y/o documento oficial que forme parte del expediente del asegurado que tengan bajo resguardo

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

las Instancias del Poder Judicial de la Federación. En caso de no existir ninguno de los dos supuestos anteriores, presentar juicio sucesorio para el pago correspondiente.

"LA INSTITUCIÓN" deberá analizar los siniestros y llevar un control a efecto de evitar la posibilidad de un doble pago, lo que será únicamente responsabilidad de esta.

"LA INSTITUCIÓN" será la encargada de coordinar con el ISSSTE que la información respecto a la contratación voluntaria de este seguro sea proporcionada a los pensionados y jubilados, facilitando el formato de designación de beneficiarios.

El ISSSTE será la instancia encargada de enterar a "LA INSTITUCIÓN" respecto del personal pensionado o jubilado que acepta asegurarse.

Octava. Baja del servicio

Al separarse el servidor público asegurado del servicio activo en la Instancia del Poder Judicial de la Federación en que labore, automáticamente causará baja de este seguro, salvo que dicha separación tenga como causa inmediata la pensión o jubilación del trabajador y desee continuar asegurado, para lo cual deberá contratar y pagar el importe de las primas, a través del ISSSTE.

En todo caso, los pensionados o jubilados que deseen continuar asegurados, quedarán protegidos sólo por el riesgo de fallecimiento, con una suma asegurada equivalente a 18 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.

Los pensionados por incapacidad o invalidez total y permanente, quedan excluidos del beneficio de seguir asegurados.

Novena. 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 INSTITUCIÓN" (contando únicamente con la cobertura de fallecimiento), con los beneficios que "LA INSTITUCIÓN" y el servidor público acuerden. Para ejercer este derecho, la persona separada de la colectividad deberá presentar su solicitud a "LA INSTITUCIÓN" dentro de los treinta días naturales siguientes a su separación.

La suma asegurada contratada en la póliza individual por el ex servidor público podrá 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.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

El pago de la prima de este seguro individual será a cargo del asegurado.

Décima. Pago de suma asegurada

Al ocurrir el siniestro, "LA INSTITUCIÓN" pagará al asegurado o a los beneficiarios designados, el monto de la suma asegurada que corresponda, en cinco días hábiles, contados a partir de que "LA INSTITUCIÓN" reciba completa la documentación siguiente:

Requisitos para el pago del Seguro de Vida:

1. Solicitud para el Pago del Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente
2. Acta de defunción certificada por el Registro Civil o el documento equivalente expedido por la autoridad del país donde fallece el Asegurado, siempre que este sea apostillado por el cónsul mexicano donde se presentó el siniestro.
3. Copia simple del último comprobante de pago (recibo o constancia). En caso de extravío del comprobante de pago, las Instancias del Poder Judicial de la Federación expedirán al asegurado una constancia que tendrá la misma validez que el comprobante de pago.
4. Formato autocopiable de designación de beneficiarios (segunda copia). Las designaciones de beneficiarios se componen de una hoja original y dos hojas de papel autocopiable, las cuales contienen el sello original de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación o de "LA INSTITUCIÓN". En caso de que los beneficiarios no cuenten con dicho documento podrán solicitar al área administrativa de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación que corresponda, copia certificada de dicho documento.
5. Copia simple de identificación oficial vigente del servidor público.
6. Copia simple de identificación oficial vigente de los beneficiarios.
7. Copia simple del aviso de baja del Poder Judicial de la Federación (se excluye para los Ministros en retiro, Ministros 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 simple de comprobante de domicilio de los beneficiarios (con antigüedad no mayor a tres meses, que coincida con el domicilio de la solicitud).
10. Aviso de privacidad.
11. Constancia de Registro Federal de Contribuyentes expedido por el SAT (en caso de que los beneficiarios no sean familiares en línea recta como cónyuge, padres, etc.).
12. Formato de transferencia bancaria y copia simple de estado de cuenta (no mayor a tres meses) que incluya la CLABE Interbancaria, en caso de solicitar que el pago se realice a través de la modalidad de transferencia electrónica).

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

En el supuesto de que el asegurado designe a menores de edad, se deberá estar a lo establecido en la legislación aplicable.

Requisitos para el pago del Seguro por Invalidez total y Permanente:

Para el pago de la suma asegurada por incapacidad total y permanente o invalidez del servidor público asegurado, se deberá entregar a "LA INSTITUCIÓN" la misma documentación anteriormente descrita, a excepción de los documentos señalados en los numerales 2, 4, 6, 8 y 11. Se 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 de la Instancia del Poder Judicial de la Federación.

La cobertura de invalidez será únicamente dictaminada por el ISSSTE, el cual es inapelable.

El formato de dictamen médico por incapacidad total y permanente o invalidez, será emitido por el ISSSTE el cual contará con sello de aprobado en original por parte del Comité de Medicina del trabajo.

En caso de fallecimiento en el extranjero, y en el supuesto de que no se expidan actas de defunción, "LA INSTITUCIÓN" aceptará el documento expedido por la autoridad del país donde falleció.

Requisitos para el pago del Seguro de Vida para pensionados o jubilados:

Para el pago del Seguro de Vida de pensionados o jubilados que contratan voluntariamente dicho seguro a través del ISSSTE:

1. Solicitud para el Pago del Seguro en mención.
2. Acta de defunción certificada por el Registro Civil o el documento equivalente expedido por la autoridad del país donde fallece el Asegurado, siempre que este sea apostillado por el cónsul mexicano donde se presentó el siniestro.
3. Copia de la última designación de beneficiarios (certificada por el ISSSTE).
4. Copia simple del último comprobante de pago al 100% (recibo o constancia expedida por el ISSSTE).
5. Copia simple de identificación oficial vigente del pensionado o jubilado.
6. Copia simple de identificación oficial vigente de los beneficiarios.
7. 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.
8. Copia simple de comprobante de domicilio de los beneficiarios (con una antigüedad no mayor a 3 meses, que coincida con el domicilio de la solicitud).
9. Aviso de privacidad.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- 10 Formato de transferencia bancaria y copia simple de estado de cuenta (no mayor a tres meses) que incluya la CLABE Interbancaria, en caso de solicitar que el pago se realice a través de la modalidad de transferencia electrónica).

Anticipo del 10% de suma asegurada por Gastos Funerarios.

"LA INSTITUCIÓN" pagará por concepto de anticipo para gastos funerarios, el 10% de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, en menos de 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.

La Suma Asegurada a considerarse en el anticipo de 10% es la suma total con la que cuenta el servidor público al momento del siniestro (Básica y en su caso Potenciada).

El beneficiario, deberá entregar la documentación siguiente:

1. Solicitud de pago por escrito;
2. Acta de defunción certificada por el Registro Civil.
3. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del beneficiario;
4. Formato autocopiable de designación de beneficiarios (segunda hoja o copia certificada por la Instancia del Poder Judicial de la Federación). En caso de que los beneficiarios no cuenten con dicho documento podrán solicitar al área administrativa de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación que corresponda, copia certificada de dicho documento.
5. 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 finado y los beneficiarios, cuando así sea el caso
6. Copia simple del último comprobante de pago al 100% (recibo o constancia). En caso de extravío del comprobante de pago, las Instancias del Poder Judicial de la Federación expedirán al asegurado una constancia que tendrá la misma validez que el comprobante de pago.
7. Copia simple de identificación oficial vigente del servidor público finado.

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 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.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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, para que cuente con el apoyo económico que le ayude a solventar los gastos que se deriven al diagnosticarle una enfermedad terminal.

La Suma Asegurada a considerarse en el anticipo de 40% es la suma total con la que cuenta el servidor público el momento del siniestro (Básica y en su caso Potenciada).

El pago de dicho anticipo reduce proporcionalmente el de la suma asegurada por fallecimiento o invalidez.

Para los efectos del contrato de seguro del cual forma parte el presente documento, las enfermedades terminales consideradas en este beneficio son:

- a) Cáncer
- b) Insuficiencia cardiaca
- c) Insuficiencia hepática crónica
- d) Insuficiencia renal crónica
- e) Insuficiencia respiratoria crónica

Estas enfermedades son de carácter enunciativo, no limitativo.

Cáncer: Enfermedad crónica degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor y que es capaz de matar al huésped mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local.

Se considera terminal cuando se declara al paciente fuera del beneficio de tratamiento oncológico, lo haya recibido o no, esto es, que a juicio de su médico tratante ya no es candidato a ninguna terapia para fines curativos, aunque si lo sea con fines paliativos.

Insuficiencia cardiaca: Incapacidad del corazón para funcionar normalmente: Es el caso fisiopatológico en el que una anomalía cardiaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de la metabolización.

Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección ventricular de 25% o menos.

Insuficiencia hepática crónica: Incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como de los desechos de la sangre a un ritmo normal, en las formas graves la alteración de la

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

función se acompaña de alteraciones mentales que van desde la confusión hasta el coma.

Insuficiencia Renal Crónica (IRC): Es el estado de enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regularización hidroelectrolítica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta.

Insuficiencia respiratoria crónica: Es una situación en la que el sistema respiratorio no es capaz de oxigenar correctamente la sangre que llega al pulmón y/o no es capaz de eliminar de forma adecuada el anhídrido carbónico, por lo cual se produce una alteración en el intercambio gaseoso, con una disminución en la presión arterial de oxígeno con o sin aumento en la presión arterial de dióxido de carbono, medidas a nivel del mar. Se considera existe insuficiencia respiratoria cuando la presión arterial de oxígeno es inferior a 60 mmHg.

Para obtener este beneficio, el servidor público deberá entregar la documentación siguiente:

1. Solicitud de pago por escrito, la cual corresponde al formato de reclamación de Suma Asegurada estipulado por "LA INSTITUCIÓN".
2. En caso de ser una enfermedad cubierta por la póliza de gastos médicos mayores, el asegurado podrá presentar copia de los últimos informes médicos, así como copia de la interpretación de los estudios más recientes. De no ser así, presentará Informe médico detallado (que cuente con los datos de médico acreditado para ejercer la profesión); mediante el cual se indique el diagnóstico definitivo, así como copia de la interpretación de los estudios recientes.
3. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía y firma del servidor público.
4. Copia del último talón de pago que cobró, donde se encuentre reflejado el 100% de su sueldo.
5. Aviso de privacidad.
6. Formato de transferencia bancaria y copia simple de estado de cuenta (no mayor a tres meses) que incluya la CLABE Interbancaria, en caso de solicitar que el pago se realice a través de la modalidad de transferencia electrónica).

En caso de Enfermedades Terminales el documento correspondiente deberá ser expedido por un médico acreditado para ejercer la profesión con especialidad relacionada a la enfermedad reclamada.

Para todos los trámites de indemnización (fallecimiento o invalidez), o anticipos (gastos funerarios o enfermedad terminal), el tiempo de respuesta de "LA INSTITUCIÓN", deberá ser en un plazo de 5 días hábiles, posteriores a la entrega completa de la documentación solicitada para el trámite.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Es importante mencionar que cuando alguna Instancia del Poder Judicial de la Federación solicite un pago con carácter de urgente, se deberá atender en un plazo de cuarenta y ocho horas a partir de que "LA INSTITUCIÓN" reciba la documentación correspondiente.

En el supuesto de que "LA INSTITUCIÓN", no obstante haber recibido la documentación citada para cada trámite, 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 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Décima primera. Formas de pago

SINIESTROS

"LA INSTITUCIÓN" pagará la suma asegurada a través de sus centros de servicio o de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, por medio de depósito en cuenta, para lo cual el asegurado o el beneficiario deberá presentar una copia del estado de cuenta bancario en el que se identifique la CLABE interbancaria 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 Instancia del Poder Judicial de la Federación.

PRIMAS

El pago de las primas básicas de este Seguro se realizará a "LA INSTITUCIÓN" por cada una de las Instancias del Poder Judicial de la Federación a mes vencido. El pago de las primas de seguros potenciadas se cubrirán de manera quincenal o a mes vencido, de conformidad con los requerimientos de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación.

Los pagos a "LA INSTITUCIÓN" se realizarán de conformidad con el calendario que se acuerde con cada una de las referidas Instancias del Poder Judicial de la Federación.

Para este seguro, "LA INSTITUCIÓN" no estará obligada a realizar la entrega física de certificados de aseguramiento que deriven del inicio de vigencia, renovación, solicitudes de designaciones de beneficiarios posteriores, toda vez que el documento que será válido para los trámites de indemnización por fallecimiento y anticipo del 10%, será la copia del formato autocopiable que corresponde al asegurado.

Décima segunda. Licencias de los servidores públicos

Licencias médicas

Cuando el servidor público en activo se encuentre con licencia médica otorgada por el ISSSTE con goce de medio sueldo o sin goce de sueldo, las primas serán cubiertas (en la proporción que corresponda) por "LA INSTITUCIÓN", 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

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

necesidad de que la Instancia del Poder Judicial de la Federación o el asegurado tenga que reportar a "LA INSTITUCIÓN" dicho periodo de licencia, por lo que continuará protegido por el Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente.

En caso de reclamación por fallecimiento o invalidez total y permanente, posterior a un periodo de licencias médicas con y sin goce de sueldo, se incluirá dentro de la documentación del pago de siniestros, un comprobante de pago o constancia de percepciones y deducciones del último salario que cobró el asegurado al 100%, anexando constancia del periodo de licencias médicas expedida por el área correspondiente de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación. En caso de que el recibo de pago contemple un sueldo básico de un tabulador que ya fue actualizado, la indemnización se hará conforme al sueldo básico del tabulador vigente.

Licencias para el desempeño del cargo de elección popular, por Comisiones Sindicales (o de cualquier otra índole) o Licencias de carácter personal sin goce de sueldo.

Cuando al servidor público le haya sido concedida alguna de estas licencias o se encuentre suspendido sin goce de sueldo tendrá derecho a continuar protegido en el seguro tanto en la cobertura básica como en la potenciación, siempre y cuando lo notifique a "LA INSTITUCIÓN" por escrito dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha de otorgamiento de licencia o suspensión, 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 en activo, mediante depósito en cuenta de "LA INSTITUCIÓN", para lo cual la misma le proporcionará el número de cuenta en la que tiene que hacer los depósitos.

El pago deberá hacerse dentro de los treinta días naturales a partir del inicio de la licencia que corresponda.

Bajo los supuestos de licencias sin goce de sueldo (exceptuado licencias médicas expedidas por el ISSSTE), y comisión sin goce de sueldo, las primas básicas y potenciadas estarán a cargo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado que se encuentre en este supuesto y no cubra la prima de seguro correspondiente, dentro de los 30 días naturales siguientes a su fecha de inicio de licencia o comisión sin goce de sueldo, su póliza será cancelada, de acuerdo en lo establecido en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Décima Tercera. 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 INSTITUCIÓN" argumente no haber recibido dicho pago por parte de las Instancias del Poder Judicial de la Federación o del ISSSTE, bastará que el servidor público o el pensionado presente ante "LA INSTITUCIÓN" su recibo de pago que refleje el descuento del seguro para que "LA INSTITUCIÓN" acepte el pago retroactivo de

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

las primas adeudadas por parte de las Instancias del Poder Judicial de la Federación o el ISSSTE.

Décima Cuarta. Prima potenciada

El pago de la prima de la suma asegurada potenciada estará a cargo de los asegurados. El descuento será de conformidad con el calendario de nómina de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación. La prima de seguro por la cobertura potenciada se enterará a "LA INSTITUCIÓN" de manera quincenal o a mes vencido de conformidad a los requerimientos de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación.

En el supuesto de que el asegurado fallezca habiendo aceptado la potenciación sin que se aplique el descuento correspondiente, durante un periodo máximo de 45 días naturales de haber realizado la solicitud de potenciación, procederá el pago del siniestro a la suma asegurada potenciada. En este caso, "LA INSTITUCIÓN" mantendrá el derecho que le confieren los artículos 28, 33 y 204 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Los servidores públicos activos, Ministros Jubilados, Ministros en retiro o por conclusión de encargo podrán modificar la suma asegurada en cualquier momento durante la vigencia del presente contrato, es decir, que podrán incrementar o decrementar la suma asegurada durante la vigencia de la póliza.

No será necesario entregar certificados a cada uno de los asegurados que soliciten la potenciación. En caso de siniestro, para solicitar el pago de la suma asegurada potenciada, bastará con que se refleje el descuento por este concepto en el recibo de pago de cada asegurado, salvo lo establecido en el segundo párrafo de esta cláusula.

Es responsabilidad de los asegurados verificar que en sus respectivos recibos de pago se apliquen los descuentos vía nómina correspondientes al incremento de suma asegurada contratada (potenciación), conforme al concepto de pago de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación y en caso de que no se apliquen dichos descuentos, comunicarlo al área administrativa encargada de la aplicación de los descuentos.

Décima quinta. Vigencia.

El presente contrato tiene una vigencia a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2017 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2019.

Décima sexta. Modificaciones al contrato.

De acuerdo con lo estipulado en los artículos 202, 205 y 209 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 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 223 de la Ley.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para cualquier modificación se requiere la autorización expresa de las Instancias del Poder Judicial de la Federación y "LA INSTITUCIÓN".

Décima séptima. Moneda.

Todos los pagos relativos a este seguro, ya sean por parte de las Instancias del Poder Judicial de la Federación, el asegurado o "LA INSTITUCIÓN", se harán en moneda nacional.

Décima octava. 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 INSTITUCIÓN" 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 novena.- 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.

Vigésima.- Avisos y notificaciones

Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a las Instancias del Poder Judicial de la Federación que estén relacionados con el asunto, por escrito, en su domicilio.

Los que se realicen a "LA INSTITUCIÓN" por parte de las Instancias del Poder Judicial de la Federación se harán por escrito en el domicilio que se establezca en el presente contrato.

SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Vigésima primera.- 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 Institución 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 segunda. Retención de Impuesto Sobre la Renta a la suma asegurada.

Para la aplicación de la retención del Impuesto Sobre la Renta deberá estarse a lo dispuesto en los artículos 93, fracción XXI, 141, 142, fracción XVI y 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

Vigésima tercera. AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad, "LA INSTITUCIÓN" XXX con domicilio en XXX, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en XXX

Anexo 2

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

“Modelo de contrato Consejo de la Judicatura Federal, Suprema Corte de Justicia de la Nación y del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación”

Anexo 2.1

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

**CONTRATO TIPO DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA
FEDERAL**

CONTRATO 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 LICENCIADO _____, TITULAR DE LA SECRETARÍA EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN Y EL _____, TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES, Y POR LA OTRA LA EMPRESA _____, EN LO SUCESIVO "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", REPRESENTADO POR EL _____, REPRESENTANTE LEGAL, 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 Licenciado _____, en su carácter de titular de la Secretaría Ejecutiva de Administración, y _____, en su carácter de titular de la Dirección General de Recursos Materiales, cuentan con facultades para la celebración de este contrato, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 264 fracción _____ (y los demás que apliquen de conformidad con el procedimiento que se este llevando) del Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que establece las disposiciones en materia de actividad administrativa del propio CJF. (en adelante Acuerdo Administrativo).

I.3. Los servicios materia del presente contrato fueron adjudicados a través del procedimiento de (procedimiento de contratación que corresponda), No. _____, previsto en los artículos (que correspondan de acuerdo con el procedimiento de contratación) del Acuerdo Administrativo, autorizado por (el área que corresponda), según consta en el Dictamen de Adjudicación _____ de fecha _____, 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 según consta en el certificado de disponibilidad presupuestal No. _____ de la Unidad Ejecutora de Gasto _____ (en caso de contrataciones plurianuales o anticipadas, el presupuesto quedará sujeto a disponibilidad presupuestal de ejercicio fiscal que corresponda) como **Anexo 2**.

I.5. 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 745 del Acuerdo Administrativo.

I.6. Se encuentra inscrito en el Registro Federal de Contribuyentes bajo el número CJF950204TL0, cuya copia simple se agrega como **Anexo 3**.

I.7. Señala como su domicilio, para todos los efectos legales a que haya lugar, el ubicado en Avenida Insurgentes Sur No. 2417, Colonia San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, Código Postal 01000, en México, Distrito Federal.

II. DECLARA "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" QUE:

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

II.1. (en caso de personas morales) Es una persona moral constituida conforme a las leyes mexicanas bajo la forma de Sociedad _____ como consta en la Escritura Pública número _____ de fecha _____ de _____ de _____ otorgada ante la fe del (Notario Público o Corredor) número _____, Lic. _____, inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio _____ bajo el folio mercantil No. _____ de fecha _____, (en caso de ser empresa extranjera se deberá adecuar dicho apartado, así como para el supuesto de personas físicas), cuya copia simple se integra al presente contrato como **Anexo 4**.

II.2. Su objeto social y/o giro comercial comprende, entre otros, _____ que es acorde al servicio 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. (nombre del representante legal), _____ acredita su personalidad como Representante Legal en términos del poder (general o especial) que le fue conferido mediante escritura Pública número _____ de fecha _____ otorgada ante la fe del (Notario Público o Corredor) número _____, Lic. _____, con facultades para actos (se sugiere de administración), (cuando aplique) inscrita en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio _____, bajo el folio mercantil _____ de fecha _____, 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, cuya copia se integra al presente contrato como **Anexo 5**.

En caso de sustitución del representante legal, se deberá notificar a "EL CONSEJO" en un término no mayor de 5 días hábiles, a fin de actualizar la presente declaración, con el nombre del representante legal sustituto.

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 Administrativo.

II.5. Bajo protesta de decir verdad, manifiesta que no se encuentra en ninguno de los supuestos que establece el artículo 299 del Acuerdo Administrativo, que constituyan impedimentos para celebrar contratos con "EL CONSEJO".

II.6. Se encuentra inscrito 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 _____, C.P. _____, lo que acredita en términos del comprobante _____, 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 PRESTADOR DE SERVICIOS" se obliga a otorgar a **"EL CONSEJO"** el servicio de (precisar el objeto de la contratación).

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" se compromete a proporcionar el servicio objeto del presente contrato, con todos los suministros, insumos, recursos materiales, humanos y financieros contenidos en el **Anexo Técnico** denominado "Requisitos y Condiciones Técnicas" que se integra al presente contrato como **Anexo 8**.

SEGUNDA. MONTO.

El importe de los servicios objeto de este contrato asciende a la cantidad de \$_____ (con letra) más \$_____ (con letra) por concepto del Impuesto al Valor Agregado, dando un costo total de \$_____ (con letra). Lo anterior de conformidad con la propuesta económica presentada por el **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**, que se integra al presente instrumento como **Anexo 9**.

La cantidad señalada cubre a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** los materiales, equipos insumos, sueldos, supervisión, dirección; así como todos los gastos que se originen como consecuencia de este contrato, por lo que no podrá exigir mayor retribución por ningún otro concepto.

TERCERA. IMPUESTOS Y DERECHOS.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" se compromete y se obliga a cubrir todos aquellos impuestos y derechos que se generen con motivo del presente contrato, cuya carga tributaria le corresponda.

En general, **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** será responsable de atender las obligaciones fiscales federales y estatales que se originen derivado del cumplimiento del presente contrato.

CUARTA. LUGAR Y FORMA DE PAGO.

"EL CONSEJO" pagará el importe convenido en el domicilio de _____, que se ubica en _____, por mensualidades vencidas, y por servicios efectivamente devengados, de conformidad con los costos unitarios previstos en la propuesta económica presentada por el **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**, que se encuentra referida en la cláusula segunda del presente contrato, dentro de los veinte días hábiles siguientes al cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) Que **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** presente factura, la cual deberá reunir los requisitos fiscales establecidos en las disposiciones en la materia, así como en la normativa que determine **"EL CONSEJO"**, según corresponda.

b) Que **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** presente la documentación que acredite que la prestación del servicio se realizó en los términos establecidos en el presente contrato y en el **Anexo Técnico**, tales como fatigas, bitácoras, listas de asistencia, entre otros, debidamente validados por la _____.

En el supuesto de omisiones e irregularidades en la presentación de los documentos a que se refiere la presente cláusula, las mismas serán enteramente imputables a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**, por lo que **"EL CONSEJO"** no tendrá responsabilidad alguna al respecto.

Queda expresamente convenido que **"EL CONSEJO"** descontará del pago mensual las cantidades que correspondan por concepto de penalización por incumplimiento de obligaciones a cargo de **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**, así como por pagos en exceso que se le hayan realizado.

QUINTA. PAGOS EN EXCESO.

En caso de que **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** reciba pagos en exceso, deberá reintegrar las cantidades que correspondan más los intereses, los que se calcularán conforme a una tasa que deberá ser igual a la establecida en el Código Fiscal de la Federación, como si se tratara del supuesto de prórroga para el pago de créditos fiscales. Los cargos se calcularán sobre las cantidades pagadas en exceso en cada caso, y se computarán por días naturales, desde la fecha del pago hasta que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de **"EL CONSEJO"** quien, en su caso, podrá descontar dichos importes de los pagos pendientes de realizar a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**.

SEXTA. VIGENCIA.

El plazo de vigencia del presente contrato será de _____ forzosos para **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** y voluntario para **"EL CONSEJO"** contados a partir del _____ y hasta el _____ de _____.

Cuando este último desee darlo por terminado, bastará que de aviso por escrito a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** con quince días naturales de anticipación.

SÉPTIMA. MODIFICACIONES.

El presente contrato podrá ser modificado, dentro de su vigencia cuando así lo considere conveniente **"EL CONSEJO"**, siempre y cuando **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** mantenga sin variación alguna, los precios y demás condiciones establecidas en este instrumento.

Sólo en caso de que hayan ocurrido circunstancias excepcionales no previstas, que obliguen a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** a modificar sus precios fundadamente, previa autorización de las instancias respectivas de **"EL CONSEJO"** se procederá al ajuste de conformidad con el artículo 372 del Acuerdo Administrativo, a cuyo cumplimiento se encuentran sujetas ambas partes.

Del mismo modo, por razones fundadas, se podrán modificar los términos y condiciones establecidos en el presente instrumento, así como las estipulaciones consideradas dentro del **Anexo Técnico**, siempre y cuando no impliquen variación al objeto principal del contrato, apegándose a lo señalado en el artículo 368, último párrafo del Acuerdo Administrativo.

Las modificaciones serán por escrito y obligarán a las partes a partir de la fecha de su firma.

OCTAVA. CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" asume la obligación de garantizar que los servicios objeto de este contrato serán de óptima calidad, en virtud de contar con los recursos materiales, financieros y humanos necesarios, con los conocimientos, experiencia y calificación que se requiere, así como con todo lo requerido para ello. Igualmente, se obliga a sujetarse a las normas y directrices que **"EL CONSEJO"** le indique para alcanzar los objetivos convenidos.

Las partes convienen en que los servicios objeto del presente instrumento, serán realizados exclusivamente por el personal designado y/o acreditado por **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**, mismo que deberá ceñirse a los procedimientos prescritos por **"EL CONSEJO"** para el control de entradas y salidas de sus inmuebles.

No obstante lo anterior, y dado que **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** tiene la capacidad y experiencia necesaria, podrá sugerir a **"EL CONSEJO"**, cambios o adaptaciones respecto de los mismos, para mejorar y optimizar dichos procedimientos, conforme a la normativa aplicable que **"EL CONSEJO"** utilice para ello.

La forma de prestación del servicio y la descripción de las actividades que llevarán a cabo los elementos de **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** serán las que determine **"EL CONSEJO"** de conformidad con el **Anexo Técnico**, que contiene los datos respecto al número de elementos y turnos en los que se deberán prestar los servicios objeto de este contrato, lugar donde se prestará, su ubicación, las funciones genéricas, deberes, obligaciones y prohibiciones correspondientes a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**, así como aquellas que disponga **"EL CONSEJO"** según sus necesidades.

NOVENA. SUPERVISIÓN Y/O COORDINACIÓN, POR PARTE DE "EL CONSEJO".

"EL CONSEJO", a través de la _____ por conducto de la _____ que corresponda, tendrá en todo momento el derecho de supervisar y/o coordinar que los servicios se realicen de acuerdo a lo señalado en el presente contrato, así como en las especificaciones contenidas en el **Anexo Técnico**, (en caso de utilizar para el servicio de limpieza o cualquier otro personal: y por lo tanto llevará a cabo conciliaciones de turnos, recibir el parte de novedades diarias para estar en posibilidad de validar y autorizar para el pago de los servicios, así como acordar todo lo relacionado con la prestación del servicio, en consecuencia dichas áreas serán responsables de que los servicios se realicen conforme a todas las características estipuladas en el presente contrato y sus anexos)

DÉCIMA. FACILIDADES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

"EL CONSEJO" otorgará las facilidades necesarias a fin de que **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** tenga acceso a las instalaciones en donde se vaya a prestar el servicio, reconociendo éste la existencia de los sistemas de control y seguridad que tiene **"EL CONSEJO"**, los cuales se compromete a acatar y respetar, sin menoscabo de las recomendaciones que, en su caso, llegara a hacerle a **"EL CONSEJO"** en términos de la cláusula octava del presente contrato.

DÉCIMA PRIMERA. RESPONSABILIDAD DE "EL PRESTADOR DE SERVICIOS".

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" responderá de los daños y perjuicios que ocasione a **"EL CONSEJO"** así como a terceras personas por inobservancia, dolo, falta de capacidad técnica, desconocimiento, negligencia o cualquier otra responsabilidad de su parte o del personal que utilice para la ejecución del contrato.

Para tal efecto, **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** deberá presentar, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la firma de este contrato, póliza de seguro de responsabilidad civil equivalente al 10% del monto total del contrato antes del Impuesto al Valor Agregado, que cubra los riesgos antes señalados, así como respecto al uso irresponsable de equipo de vigilancia y seguridad, y en su caso, de armas de fuego, la cual deberá permanecer vigente durante el plazo del presente contrato.

En caso de que el monto de los daños y perjuicios causados sea mayor al que cubra la póliza del seguro de responsabilidad civil, **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** responderá en todo momento de las diferencias que resulten en favor de **"EL CONSEJO"** y/o de terceras personas.

DÉCIMA SEGUNDA. PENAS CONVENCIONALES.

“EL PRESTADOR DE SERVICIOS” se obliga a pagar a **“EL CONSEJO”** por concepto de pena convencional, para el caso de que incumpla cualquiera de las obligaciones que adquiere de conformidad con el presente contrato, o por la deficiente prestación del servicio, el equivalente al 10% de su importe total antes del Impuesto al Valor Agregado. En caso de incumplimiento parcial, la pena se ajustará proporcionalmente al porcentaje incumplido. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en el artículo 410 del Acuerdo Administrativo.

El incumplimiento por parte de **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** a lo estipulado en las obligaciones previstas en el **Anexo Técnico**, dará lugar a la aplicación de una pena correspondiente al importe de un salario mínimo general vigente diario, de la zona económica que corresponda a la prestación de los servicios, por el incumplimiento en que incurra cada elemento.

En caso de que no se preste el servicio con el personal previsto en el presente contrato, se descontará el costo del elemento que falte para cubrirlo, con independencia de la aplicación de la pena a que se refiere el primer párrafo de esta cláusula.

La falta de supervisión del servicio por parte de **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** se penalizará a razón del costo unitario de un elemento por cada día que no se preste dicha supervisión.

En el supuesto de retraso en la prestación de los servicios por causa justificada, **“EL CONSEJO”** podrá autorizar a **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** una modificación a las obligaciones contraídas originalmente, así como los plazos respectivos, a fin de que cumplan con las mismas. De no ser justificada la causa del retraso, **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** pagará a **“EL CONSEJO”** por concepto de pena convencional, por el simple retraso, el equivalente al importe de los servicios no prestados con oportunidad en la fecha fijada para el cumplimiento. Esta base se multiplicará por el diez al millar diario hasta el cumplimiento total. El importe resultante de la base será ajustado de manera proporcional al cumplimiento pendiente aplicando la misma fórmula.

Para el caso de que **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**, no proporcione los servicios con el equipo y personal que se establece en el **Anexo Técnico**, se le aplicarán deductivas, de conformidad al tabulador de costos del servicio a que hace referencia la cláusula segunda de este instrumento.

“EL CONSEJO” descontará el importe de las penas convencionales a que se refiere la presente cláusula de los pagos pendientes de efectuar a **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** o bien, haciendo efectiva la fianza de cumplimiento otorgada.

Asimismo, las penas convencionales en ningún caso podrán ser superiores en su conjunto al 10% del monto total del contrato sin I.V.A., o bien al monto de la garantía de cumplimiento, por lo que en caso de ser superior al porcentaje aquí señalado, se precederá a la aplicación de la cláusula Décima Séptima de este instrumento.

En el supuesto de incumplimiento por atraso sólo será aplicable la pena por ese concepto, salvo los casos en que existan incumplimientos diversos, en los cuales se aplicará la pena convencional que corresponda a cada uno de ellos, sin perjuicio de las deductivas que procedan.

DÉCIMA TERCERA. DEDUCTIVAS POR SERVICIOS NO PRESTADOS Y/O POR DEFICIENTE CALIDAD.

En caso de que se haya detectado que los servicios no se presten en la forma y términos convenidos o que los insumos no cumplen con la calidad requerida, **“EL CONSEJO”** procederá a realizar la

evaluación y el cálculo del importe de los servicios, a fin de determinar si es procedente la corrección, reposición o la aplicación de la deductiva correspondiente.

Cuando para el cumplimiento del objeto del presente contrato "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" utilice personal para su ejecución en forma directa, sus inasistencias se descontarán de la facturación correspondiente o, en caso excepcional, mediante la emisión de notas de crédito, considerando el costo mensual del elemento entre treinta días y multiplicado por los días de inasistencias, lo que arrojará el total de la deductiva.

Lo dispuesto en los párrafos anteriores, será sin perjuicio de aplicar las penas convencionales que, en su caso, procedan.

DÉCIMA CUARTA. GARANTÍAS.

Para garantizar el exacto cumplimiento de las obligaciones que asume "**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**" por virtud del presente contrato, se compromete a exhibir en un plazo no mayor a cinco días hábiles siguientes a la fecha de firma del contrato, póliza de fianza expedida por compañía de fianzas mexicana legalmente autorizada, por el equivalente al 10% del monto total del contrato, antes del Impuesto al Valor Agregado, la cual estará vigente hasta que se cumpla totalmente a satisfacción de "**EL CONSEJO**" el objeto del presente contrato, incluyendo la modificación en plazo que se le autorice. De no presentarse la fianza en el momento señalado, "**EL CONSEJO**" podrá rescindir el contrato, conforme a la cláusula décima novena del presente instrumento.

"**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**", al gestionar la obtención de la fianza contemplada en el presente contrato, instruirá a la afianzadora y verificará que en el texto de la póliza, además de los requisitos señalados en el párrafo que antecede, expresamente se haga constar que se encuentre expedida a favor del Consejo de la Judicatura Federal y lo siguiente:

- a) El cumplimiento de las obligaciones a cargo del fiado, se realizará conforme a lo estipulado en el **CONTRATO** que a través de esta póliza se garantiza y lo establecido en las disposiciones legales que rigen al Consejo de la Judicatura Federal, por lo que los incumplimientos al contrato por parte del fiado, estarán determinados por el área operativa del propio **CJF** y se acreditarán conforme a los procedimientos administrativos y normas que regulan la actividad administrativa del propio **CJF**.
- b) La presente fianza permanecerá en vigor desde la fecha de inicio de vigencia hasta el cumplimiento total del objeto del **CONTRATO** y en su caso, durante la substanciación de todos los recursos legales o juicios que se interpongan hasta que se dicte resolución firme que haya causado ejecutoria, decretada por autoridad competente.
- c) Para cancelar la fianza será requisito indispensable la conformidad por escrito otorgada por el Consejo de la Judicatura Federal a través de su Dirección General de Recursos Materiales.
- d) Que continuará garantizando el monto cubierto para el caso de que se autoricen modificaciones a los plazos de cumplimiento o en el caso de que se concedan prórrogas o esperas al fiado para el cumplimiento de las obligaciones que se garantizan; la Compañía Afianzadora continuará garantizando dicho cumplimiento en concordancia con el nuevo plazo concedido en tales modificaciones, prórrogas o esperas.
- e) En el caso de que el fiado incumpla cualesquiera de las obligaciones estipuladas en el contrato que se garantizan, el Consejo de la Judicatura Federal procederá a presentar la reclamación para hacer efectiva la póliza de fianza, misma que se someterá al procedimiento de ejecución que establece el artículo 279 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas; y
- f) Para el caso de que incumpla las obligaciones asumidas en la póliza de fianza dentro del plazo legalmente establecido, indemnizará al Consejo de la Judicatura Federal conforme lo previsto en el artículo 283 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En caso de que se suscriba convenio modificatorio que incremente el monto de este contrato, **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** se obliga a entregar a **“EL CONSEJO”** la actualización de la fianza por el monto que corresponda, dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha en que se suscriba el convenio de que se trate.

DÉCIMA QUINTA. CAUSAS DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

El presente contrato terminará, sin responsabilidad para **“EL CONSEJO”**, en los siguientes supuestos:

- a) Por cumplimiento de su objeto o cuando haya transcurrido el plazo de su vigencia.
- b) Por nulidad, cuando el contrato o el procedimiento de donde se haya derivado la contratación, se haya realizado en contravención a las disposiciones del Acuerdo Administrativo.
- c) Por rescisión administrativa, cuando **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** incurra en cualquiera de las causales establecidas en el presente contrato.
- d) Por sobrevenir caso fortuito o fuerza mayor.
- e) Por razones de orden público o de interés general.
- f) Por mutuo consentimiento, siempre y cuando convenga a los intereses de ambas partes.

Asimismo, **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** podrá solicitar la terminación anticipada del contrato por causa debidamente justificada, la que deberá ser aprobada por el Comité de Adquisiciones, Arrendamientos, Obra Pública y Servicios de **“EL CONSEJO”**.

Se levantará acta circunstanciada por el área encargada de supervisar el servicio, debiendo hacer constar la causa y los hechos que dieron motivo a la terminación del contrato, en la que se deberá incluir la determinación de las obligaciones pendientes de solventar por ambas partes.

DÉCIMA SEXTA.- SUSPENSIÓN.

“EL CONSEJO” podrá, en cualquier tiempo, suspender temporalmente en todo o en parte, la ejecución de los servicios materia del presente contrato, por causa plenamente justificada y acreditada, conforme al procedimiento establecido en el artículo 424 del Acuerdo Administrativo.

DÉCIMA SÉPTIMA. RESCISIÓN ADMINISTRATIVA.

Las partes convienen en que **“EL CONSEJO”** podrá rescindir administrativamente el presente contrato sin necesidad de declaración judicial, en el supuesto de que **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** incumpla con cualquiera de las obligaciones establecidas a su cargo previstas en este contrato.

Serán causas de rescisión, de manera enunciativa, más no limitativa, las siguientes:

- a) Que **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** no proporcione los servicios en los términos de este contrato.
- b) Si **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** suspende la ejecución de los servicios, o si no los presta adecuadamente.
- c) Si **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** cede, traspasa o en cualquier forma enajena, total o parcialmente, los derechos y obligaciones del presente contrato.
- d) Si **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** fuere declarado en concurso mercantil.
- e) Si **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** no entrega la garantía de cumplimiento de obligaciones o, en su caso, la actualización de la misma, en los términos y plazos establecidos en el presente contrato.

- f) Si los servicios materia del presente contrato, no se prestan con la calidad requerida por **"EL CONSEJO"**.
- g) Si **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** contraviene la cláusula de confidencialidad establecida en este contrato.
- h) Cuando **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** no proporcione la información que le requiera **"EL CONSEJO"** dentro de los plazos establecidos.
- i) Si no entrega la póliza de seguro de responsabilidad civil que cubra los daños y perjuicios que ocasione el personal de **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** durante la ejecución del presente contrato, dentro del plazo señalado para ello.
- j) Cuando **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** incumpla con las obligaciones derivadas de este contrato por causas a él imputables.

Cuando **"EL CONSEJO"** determine rescindir el contrato podrá, a su elección, descontar cualquier importe que se le adeude de los pagos pendientes de efectuar a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**, o hacer efectiva la fianza otorgada.

El procedimiento de rescisión se llevará conforme a lo siguiente:

- I. Se iniciará a partir de que **"EL CONSEJO"**, por conducto de la Dirección General de Recursos Materiales comunique por escrito a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** el incumplimiento en que haya incurrido, para que en un término de tres días hábiles exponga lo que a su derecho convenga, y presente, en su caso, las pruebas idóneas que estime pertinentes.

Tratándose de prueba pericial deberá presentarse, dentro de dicho término, con el dictamen correspondiente.

- II. Transcurrido el término a que se refiere la fracción anterior, el **"EL CONSEJO"** por conducto de la Dirección General de Recursos Materiales, propondrá al Comité de Adquisiciones, Arrendamientos, Obra Pública y Servicios para su consideración y, en su caso, aprobación, la resolución de rescisión administrativa acompañando los elementos, documentación y pruebas que en su caso se hubieren hecho valer; y
- III. La determinación de dar o no por rescindido el contrato deberá ser debidamente fundada, motivada y comunicada a **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"**.

DÉCIMA OCTAVA. CASO FORTUITO.

Ninguna de las partes será responsable de algún atraso o incumplimiento derivado de caso fortuito o fuerza mayor, por lo que de presentarse alguna de estas circunstancias, de ser necesario, constituirán el fundamento para dar por terminado el contrato, o bien, modificar el plazo para su cumplimiento, siempre y cuando éste sea posible y así lo solicite **"EL CONSEJO"**.

DÉCIMA NOVENA. PRIMERA. RELACIÓN LABORAL.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS", como empleador y patrón del personal que utilice para los servicios objeto del contrato, será el único responsable del cumplimiento de las disposiciones laborales, fiscales, de seguridad social y civil que resulten de tal relación.

Por lo anterior, **"EL PRESTADOR DE SERVICIOS"** exime a **"EL CONSEJO"** de cualquier responsabilidad derivada de tales conceptos y responderá por todas las reclamaciones que presenten en su contra las autoridades, terceros o sus trabajadores, sea cual fuere la naturaleza del conflicto, por lo que en ningún caso podrá considerarse a este último como patrón sustituto u obligado solidario.

“EL PRESTADOR DE SERVICIOS” se compromete a sacar en paz y a salvo a **“EL CONSEJO”** de cualquier reclamación que con motivo del presente contrato pretendiere su personal, terceros o autoridades, pagando en todo caso los gastos originados por esta causa, así como las prestaciones necesarias.

VIGÉSIMA. CESIÓN DE DERECHOS.

“EL PRESTADOR DE SERVICIOS” no podrá ceder, gravar, transmitir o afectar, bajo cualquier título, todo o parte de los derechos y obligaciones que adquiere con motivo del presente contrato, salvo los derechos de cobro, previo consentimiento por escrito de **“EL CONSEJO”**.

Para la cesión de cobro, se deberá presentar solicitud por escrito por parte de **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**, con por lo menos quince días de anticipación, así como el convenio de cesión de cobro suscrito por **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**, en su carácter de cedente, indicando los datos de la cuenta o cuentas en las que se aplicarán los pagos.

VIGÉSIMA PRIMERA. CONFIDENCIALIDAD.

“EL PRESTADOR DE SERVICIOS” 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.

Asimismo, se obliga a proporcionar a **“EL CONSEJO”** toda la información relacionada con la ejecución del presente instrumento, dentro de los diez días hábiles siguientes a que éste se la solicite.

“EL PRESTADOR DE SERVICIOS” 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”**.

VIGÉSIMA SEGUNDA. 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 **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**, 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 Administrativo.

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 de **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”**.

VIGÉSIMA TERCERA.- CAMBIO DE DOMICILIO.

“EL PRESTADOR DE SERVICIOS” se obliga a comunicar por escrito a **“EL CONSEJO”**, dentro de los diez días hábiles siguientes a que ocurra, cualquier cambio del domicilio declarado en el numeral II.8 del capítulo de declaraciones del presente contrato.

En caso de incumplir con esta obligación, "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" acepta que todas las notificaciones que se le deban realizar relacionadas con este instrumento surtirán sus efectos legales por el sólo hecho de efectuarse en el domicilio declarado en el numeral II.8 referido.

VIGÉSIMA CUARTA. 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 de lo dispuesto por el artículo 11, fracción XX, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

Leído por las partes el presente contrato y debidamente enteradas de su contenido y alcances, lo suscriben de conformidad en _____ tantos en original, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los _____ con efectos al inicio de la vigencia del contrato que se suscribe.

F I R M A S

POR "EL CONSEJO"

POR "EL PRESTADOR DE SERVICIOS"

SECRETARIO EJECUTIVO DE
ADMINISTRACIÓN

APODERADO LEGAL DE LA EMPRESA

POR "EL CONSEJO"

DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS
MATERIALES

Anexo 2.2

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

**CONTRATO TIPO DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA
DE LA NACIÓN**

*****CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE XXXXXX, QUE CELEBRAN POR UNA PARTE, LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ LA "SUPREMA CORTE", REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR _____ EN SU CARÁCTER DE _____ Y, POR LA OTRA, _____, EN LO SUCESIVO "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" , REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR _____, EN SU CARÁCTER DE _____, A QUIENES DE MANERA CONJUNTA SE LES IDENTIFICARÁ COMO "LAS PARTES", DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:**

DECLARACIONES

I. LA "SUPREMA CORTE" DECLARA POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE QUE:

I.1. Es uno de los órganos depositarios del Poder Judicial de la Federación en términos de lo dispuesto en los artículos 94 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 1º, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

I.2. Requiere los servicios de XXXXXX, como se detalla en la cláusula primera del presente contrato.

I.3. El Comité de Adquisiciones y Servicios, Obras y Desincorporaciones, en su _____ sesión, celebrada el _____, autorizó _____, con fundamento en _____, del Acuerdo General de Administración VI/2008, del veinticinco de septiembre de dos mil ocho, del Comité de Gobierno y Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación por el que se regulan los procedimientos para la adquisición, administración y desincorporación de bienes y la contratación de obras usos y servicios requeridos por este Tribunal, en lo sucesivo "Acuerdo General de Administración VI/2008".

I.4. La suficiencia presupuestal se encuentra contemplada en el Programa Anual de Necesidades _____, para cubrir las erogaciones provenientes del presente contrato y se encuentra disponible en la partida presupuestaria número _____, denominada " _____", del Presupuesto autorizado para el ejercicio _____.

Respecto del ejercicio _____ los recursos quedarán sujetos a la autorización del Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente, en atención al artículo 50 de la ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y a lo dispuesto en el último párrafo de la fracción II del artículo 35 del "Acuerdo General de Administración VI/2008".

I.5. _____, en su carácter de _____ de la "Suprema Corte", está facultado para suscribir el presente contrato, según lo dispuesto en el artículo _____, fracción, del Reglamento Orgánico en Materia de Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

I.6. Cuenta con el Registro Federal de Contribuyentes expedido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público **SCJ9502046P5** a nombre de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

I.7. Para todo lo relacionado con el presente contrato señala como su domicilio el ubicado en la calle de José María Pino Suárez número 2, colonia Centro de la Ciudad de México, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06060.

II.- EL "PRESTADOR DE SERVICIOS" DECLARA POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE QUE:

II.1. Es una sociedad mercantil, legalmente constituida y registrada conforme las leyes mexicanas, en términos de la escritura pública _____ otorgada ante la fe del licenciado _____, Notario Público número _____ del _____, cuyo primer testimonio quedó inscrito en _____, bajo el folio mercantil _____.

II.2. El _____, en su carácter de _____ cuenta con las facultades suficientes para suscribir el presente contrato, en términos del poder que le fue otorgado mediante instrumento notarial número _____ de _____, pasado ante la fe del licenciado _____ Notario Público número _____ del _____; las cuales a la fecha, no le han sido revocadas ni limitadas en forma alguna.

II.3. A la fecha de la presente contratación, el "Prestador de Servicios" no se encuentra en ninguno de los supuestos previstos en los artículos 48 y 58, fracción XVI, del "Acuerdo General de Administración VI/2008".

II.4. Conoce perfectamente las especificaciones técnicas de los servicios de XXXXXX, así como las condiciones en que deben proporcionarse y cuenta con los elementos técnicos y capacidad económica necesarios para prestarlos a entera satisfacción de la "Suprema Corte".

II.5. Cuenta con Registro Federal de Contribuyentes número _____, expedido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, según cédula de identificación fiscal que exhibe.

II.6. Tiene como domicilio para todo lo relacionado con el presente contrato el ubicado en Calle _____, Número _____, Colonia _____, Código Postal _____, _____.

Asimismo, manifiesta que comunicará a este Alto Tribunal, cualquier cambio de domicilio que realice, por medio de escrito firmado por su _____.

II.7. Para recibir los pagos en moneda nacional, derivados del presente contrato, señala la cuenta número _____, de la Institución bancaria _____, sucursal _____, plaza _____, con número de clave bancaria estandarizada _____.

La cuenta bancaria señalada podrá sustituirse mediante escrito firmado por el _____ del "Prestador de Servicios".

III. "LAS PARTES" DECLARAN POR CONDUCTO DE SUS REPRESENTANTES QUE:

III.1. Se reconocen mutuamente la personalidad y capacidad jurídica con la que comparecen por conducto de sus representantes para la celebración del presente instrumento contractual, sin mediar vicio de consentimiento y manifiestan que todas las comunicaciones que se realicen entre ellas, se dirigirán a los domicilios indicados en los antecedentes I.7 y II.6 de este instrumento.

III.2. Conocen el alcance y contenido de este contrato, por lo que están de acuerdo en someterse a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO.

El "Prestador de Servicios" se obliga a prestar los servicios XXXXXX:

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS

Para la prestación de los servicios, el "Prestador de Servicios" debe cumplir con la Ley XXXXX, así como con las demás disposiciones nacionales y, en su caso, internacionales que apliquen en la materia.

Cualquier otra característica, términos o condiciones de los servicios no especificadas en esta cláusula, se contienen en la propuesta técnica presentada por el "Prestador de Servicios", el _____ y en el requerimiento técnico de la licitación pública nacional XXXXX, documentos que forman parte integrante del presente contrato como "Anexo 1".

Para efectos del presente contrato, el "Prestador de Servicios" se compromete a prestar los servicios y la "Suprema Corte" a efectuar su pago.

SEGUNDA. MONTO DEL CONTRATO.

La "Suprema Corte" pagará al "Prestador de Servicios" por concepto de los servicios indicados en la cláusula primera del presente instrumento contractual, la cantidad de \$ _____ (_____ pesos ____/100 M.N.), más el

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Impuesto al Valor Agregado, equivalente a \$ _____
(_____ pesos ___/100 M.N.), resultando un monto total de
\$ _____ (_____ pesos ___/100 M.N.).

El "Prestador de Servicios" se obliga a mantener sin modificación los precios y condiciones de pago pactados en este instrumento contractual hasta la conclusión del mismo.

El monto señalado en la presente cláusula cubre el total de los servicios indicados en la cláusula primera del presente instrumento contractual, por lo cual, la "Suprema Corte" no tiene obligación de cubrir importe adicional.

Cualquier otra característica en el monto no especificada en esta cláusula, se contiene en la propuesta económica presentada por el "Prestador de Servicios, el _____ la cual forma parte integrante del presente contrato como "Anexo 2".

TERCERA. AJUSTE DE PRECIOS.

"Las partes" convienen que no existirá obligación alguna por parte de la "Suprema Corte" de otorgar incrementos o ajustes de precios al "Prestador de Servicios" durante la vigencia del presente instrumento contractual; por lo que, los precios acordados en el mismo se mantendrán firmes hasta su total terminación.

CUARTA. FORMA DE PAGO.

La "Suprema Corte" pagará, al "Prestador de Servicios", la cantidad señalada en la cláusula segunda del presente instrumento, mediante cuatro exhibiciones a trimestre vencido, cada una de ellas por la cantidad de \$ _____ (_____ pesos ___/100 M.N.) más el 16% del Impuesto del Valor Agregado equivalente a la cantidad de \$ _____ (_____ pesos ___/100 M.N.) resultando un monto total de \$ _____ (_____ pesos ___/100 M.N.).

Los pagos se realizarán XXXXXXX a la presentación del Comprobante Fiscal Digital correspondiente, acompañado de la documentación que en líneas posteriores se indica, en la Ventanilla Única de la Dirección General de Presupuesto y Contabilidad de la "Suprema Corte", ubicada en Calle Bolívar, Número 30, planta baja, Colonia Centro de la Ciudad de México, Código Postal 06000, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, en el siguiente horario: lunes y miércoles de 8:30 a 14:00 horas; previa verificación de que los servicios se hayan prestado a entera satisfacción de la "Suprema Corte", en consecuencia no se realizará el pago de los Comprobantes Fiscales Digitales de los servicios que no se hayan prestado en su totalidad y a entera satisfacción de la "Suprema Corte".

El "Prestador de Servicios" deberá entregar la siguiente documentación:

- I. Carta membretada en la que se indiquen sus datos bancarios (original):
 - a. Cuenta
 - b. Clave bancaria estandarizada a 18 posiciones (CLABE)
 - c. Banco
 - d. Sucursal
 - e. Beneficiario

- II. Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) original a nombre de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, con número de Registro Federal de Contribuyentes SCJ 950204 6P5, expedido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que cumpla con los requisitos fiscales establecidos por la legislación en la materia, con el Impuesto al Valor Agregado desglosado. Asimismo, se deberán atender las disposiciones fiscales vigentes.
- III. En caso de servicios, copia del oficio de validación del área usuaria.
- IV. Copia del instrumento contractual (a la entrega final).
- V. Copia de la póliza de fianza de cumplimiento del instrumento contractual dictaminada.
- VI. Anexar las validaciones del SAT.
- VII. Enviar los archivos "XML" a la dirección de correo electrónico dguillen@mail.scjn.gob.mx

Los Comprobantes Fiscales Digitales correspondientes deberán cumplir con los requisitos de ley y con los datos señalados en las declaraciones I.6 y I.7 de este instrumento contractual.

En caso de que el servicio inicie en periodo no completo, se pagará en forma proporcional a los días que correspondan.

Los pagos que realice la "Suprema Corte" en favor del "Prestador de Servicios" solo podrán realizarse mediante transferencia en la cuenta señalada en la declaración II.7 de este instrumento, la que podrá sustituirse mediante escrito firmado por el _____ del "Prestador de Servicios".

QUINTA. IMPUESTOS.

"Las partes" convienen que cada una es exclusivamente responsable de dar cumplimiento, conforme la legislación aplicable, a sus respectivas obligaciones fiscales originadas con motivo de la celebración del presente contrato.

SEXTA. PAGOS EN EXCESO.

Tratándose de pagos en exceso que haya recibido el "Prestador de Servicios", este deberá reintegrar las cantidades pagadas en exceso más los intereses que se calcularán conforme la tasa establecida en la Ley de Ingresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente a la fecha en que se realice el pago, para los casos de prórroga para el pago de créditos fiscales.

Los cargos se calcularán sobre las cantidades pagadas en exceso en cada caso, y se computarán por días calendario, desde la fecha del pago al "Prestador de Servicios", hasta la fecha que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de la "Suprema Corte".

SÉPTIMA. MULTIANUALIDAD.

Toda vez que la prestación de los servicios objeto del presente contrato abarcará XXXXXX ejercicios presupuestales, los pagos descritos en la cláusula cuarta de este instrumento

contractual estarán condicionados a que la "Suprema Corte" cuente con los recursos presupuestales destinados para tales efectos para el año _____.

En tal virtud, de conformidad con lo establecido en el artículo 50, fracción IV, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y el artículo 35, fracción II, inciso 4, del Acuerdo General de Administración VI/2008", a continuación se desglosan los recursos presupuestales a cada ejercicio:

(...)

OCTAVA. VIGENCIA DEL CONTRATO (DURACIÓN Y LUGAR DE PRESTACION DE LOS SERVICIOS).

El presente instrumento contractual tendrá una vigencia conforme lo siguiente:

Duración de los servicios.

La duración de los servicios materia de este contrató, será de XXXXX (XXXX) meses, e iniciará a partir del día siguiente a la firma del contrato que la "Suprema Corte" realice por escrito al "Prestador de Servicios".

Dicho plazo será obligatorio para el "Prestador de Servicios" y voluntario para la "Suprema Corte" y, vencido aquél, el "Prestador de Servicios" no deberá prestar servicio alguno si no ha sido comunicado por escrito que le sea dirigido por el "Administrador" del contrato, previa autorización del órgano competente de la "Suprema Corte".

En caso de que el inicio de los servicios no sea posible por causas imputables a la "Suprema Corte" estos iniciarán en la fecha que por escrito esta le comunique al "Prestador de Servicios" a través del Administrador de este contrato.

Lugar de prestación de los servicios.

El "Prestador de Servicios" se compromete a prestar los servicios descritos en la cláusula primera del presente contrato, de conformidad con lo señalado en los anexos XXXX de la licitación pública nacional LPN/XXXX documentos que forman parte integrante del presente contrato como "Anexo 3".

NOVENA. PROCESO DE RECEPCION Y VERIFICACION DE LOS SERVICIOS.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

DÉCIMA. ACCESO AL INTERIOR DE LOS INMUEBLES.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

DÉCIMA PRIMERA. RESPONSABILIDAD.

El "Prestador de Servicios" responderá por los daños que se causen a las personas o bienes con motivo de la prestación de los servicios, objeto del presente contrato, aun cuando no exista negligencia. La reparación del daño consistirá, a elección de la "Suprema Corte", en el

restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios, con independencia de ejercer las acciones legales a que haya lugar.

DÉCIMA SEGUNDA GARANTIA DE CUMPLIMIENTO.

Para garantizar el fiel y exacto cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que el "Prestador de Servicios" asume con la celebración del presente contrato, así como para el pago de las penas estipuladas y posibles pagos en exceso con los intereses correspondientes se obliga a otorgar fianza de compañía legalmente autorizada por el equivalente al 10% del monto total del mismo sin incluir los impuestos aplicables, esto es, por la cantidad de \$ _____ (_____ pesos /100 M.N.), y hasta 20% más en el supuesto de que por algún motivo debe incrementarse la cantidad de los servicios contratados o el plazo pactado.

La presente garantía deberá contratarse de modo que esté vigente hasta que los servicios materia del contrato de referencia hayan sido recibidos en su totalidad y a entera satisfacción de la "Suprema Corte". Dicha fianza sólo podrá ser cancelada con el consentimiento expreso y por escrito de la "Suprema Corte".

I. En la póliza de fianza que se expida por la institución autorizada, deberá constar la siguiente leyenda:

"- Nombre de la afianzadora- en ejercicio de la autorización que le fue concedida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se constituye ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en fiadora hasta por la cantidad de \$ _____ (_____ pesos /100 M.N.), y hasta un 20% más en el supuesto de que por algún motivo debe incrementarse la cantidad de los servicios contratados o el plazo pactado para garantizar, por parte de _____, con domicilio en Calle _____, Número _____, Colonia _____, Código Postal _____, _____, el fiel y exacto cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a su cargo, derivadas del contrato número **SCJN/DGRM/XXXX-000/00/0000**, celebrado entre la Suprema Corte de Justicia de la Nación y _____, con un monto total contratado que asciende a la cantidad de \$ _____ (_____ pesos /100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado.

"La afianzadora" expresamente declara que:

-La presente fianza se expide de conformidad con lo establecido en el "Acuerdo General de Administración VI/2008, del veinticinco de septiembre de dos mil ocho, del Comité de Gobierno y Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por el que se regulan los procedimientos para lo adquisición, administración y desincorporación de bienes y la contratación de obras usos y servicios requeridos por este Tribunal" y en el contrato número **SCJN/DGRM/XXXX-000/00/0000** celebrado entre la Suprema Corte de Justicia de la Nación y _____, con el objeto de garantizar el fiel y exacto cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones a cargo de _____, relativo a la prestación de servicios por la cantidad de \$ _____ (_____ pesos /100 M.N.), más el Impuesto al Valor Agregado.

- La fianza se otorga atendiendo a las cláusulas contenidas en el contrato número. **SCJN/DGRM/XXXX-000/00/0000.**

- La presente fianza tendrá vigencia desde la fecha de su expedición y hasta que los servicios, materia del contrato de referencia, hayan sido recibidos en su totalidad y a entera satisfacción de la Suprema Corte de Justicia de la Nación; sólo podrá ser cancelada con el consentimiento previo, expreso y por escrito de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

- De existir recursos legales o juicios relacionados con el contrato número **SCJN/DGRM/XXXX-000/00/0000**, la fianza otorgada por _____ tendrá plena vigencia durante la substanciación y hasta que se dicte resolución definitiva por autoridad competente.

- La afianzadora acepta someterse a los procedimientos de ejecución previstos en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para la efectividad de la fianza, aun para el caso de que procediera el cobro de intereses con motivo del pago extemporáneo del importe de la fianza requerida.

- La fianza garantiza el cumplimiento total de lo contratado, aun cuando exista subcontratación con la autorización expresa de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación o la Tesorería de la Federación podrán reclamar el pago de la cantidad establecida en la presente póliza de fianza, conforme a los procedimientos señalados en los artículos 279 y 282 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, con respecto al destino que debe darle al anticipo otorgado, a su obligación de acreditarlo a satisfacción de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, o a devolverlo en caso de ser requerido para ello.

- La presente fianza podrá ser liberada a _____ siempre y cuando la Suprema Corte de Justicia de la Nación emita su consentimiento por escrito en el que conste el cumplimiento del contrato.

- La presente fianza garantizará la obligación principal del contrato debiendo cubrir el importe correspondiente a la obligación principal, así como el pago de penas convencionales a que se haga acreedor _____, pagos en exceso y los intereses que correspondan por los mismos. Tratándose de prórrogas en el plazo de ejecución pactadas en algún instrumento de la misma naturaleza del contrato original, la presente fianza quedará vigente por un plazo igual al acordado en el convenio modificatorio que, en su caso, llegare a suscribirse, o el que corresponda al plazo de atraso. De existir incremento en el monto o plazo de ejecución, la fianza cubrirá hasta un 20% adicional al originalmente pactado.

- Para la interpretación y cumplimiento de las cláusulas contenidas en el presenta contrato de fianza, así como en caso de controversia, siempre que una de las partes en contienda sea la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la institución de fianzas se somete expresamente a las decisiones del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, órgano competente para interpretar y hacer cumplir lo pactado en este contrato, en términos de lo dispuesto en el artículo 11, fracción XX, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la

Federación, renunciando en forma expresa a cualquier otro fuero que en razón del domicilio tenga o llegare a tener."

II. "Las partes" convienen en que la fianza deberá ser presentada dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que se firme el contrato, en caso de que transcurrido el plazo señalado no se hubiere presentado la fianza en la forma y términos pactados, la "Suprema Corte" podrá rescindir el presente contrato.

El "Prestador de Servicios", por medio de este instrumento renuncio expresamente al derecho de compensación que pudiera hacer valer en contra de la "Suprema Corte", dando con esta renuncia cumplimiento a lo que se establece en el párrafo último del artículo 289 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las partes convienen que la presente garantía será exigible cuando el "Prestador de Servicios" incumpla cualquiera de las cláusulas previstas en el presente instrumento.

DECIMA TERCERA GARANTIA DE BIENES.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

DÉCIMA CUARTA. PENA CONVENCIONAL Y SANCIÓN ECONÓMICA.

En caso de incumplimiento o retraso en cualquiera de las obligaciones establecidas en el presente instrumento contractual, la "Suprema Corte" aplicará al "Prestador de Servicios" en forma proporcional, una pena convencional hasta por un 10% (diez por ciento) del monto que corresponda al valor de los servicios, sin incluir impuestos, que no se hayan entregado, o bien, no se hayan recibido a entera satisfacción de la "Suprema Corte".

Se aplicará una penalización correspondiente al XXXXXXX, hasta un máximo del 10% (diez por ciento) del monto total del contrato.

El "Prestador de Servicios" responsable del incumplimiento o retraso se hará acreedor a las penas convencionales previstas en la presente cláusula, con independencia de que se hagan efectivas las garantías descritas en este instrumento contractual.

Las penas podrán descontarse de los montos pendientes de cubrir por parte de la "Suprema Corte" al "Prestador de Servicios" y, de ser necesario, ingresando su monto a lo Tesorería de la "Suprema Corte".

DÉCIMA QUINTA. PROPIEDAD INTELECTUAL.

El "Prestador de Servicios" asume totalmente la responsabilidad para el caso de que al prestar los servicios infrinjan o violen derechos de propiedad intelectual, así como respecto de la licitud de su origen y por lo tanto libera a la "Suprema Corte" de cualquier responsabilidad de carácter civil, penal, fiscal o de cualquier otra índole.

DÉCIMA SEXTA. SUBCONTRATACIÓN.

En ningún caso se aceptará la subcontratación para la prestación de los servicios indicados en la cláusula primera del presente contrato.

Para los efectos del presente contrato, se entiende por subcontratación el acto por el cual el "Prestador de Servicios" encomienda a otra persona, física o moral, el cumplimiento parcial o total, del objeto de este contrato.

DÉCIMA SÉPTIMA RESCISION DEL CONTRATO

"Las partes" convienen y aceptan que la "Suprema Corte" podrá rescindir, de manera unilateral, el presente contrato sin que medie declaración judicial, en caso de que el "Prestador de Servicios" deje de cumplir cualquiera de las obligaciones que asume en el presente contrato por causas que le sean imputables, o bien, en caso de ser objeto de embargo, huelga estallada, concurso mercantil o liquidación.

Antes de declarar la rescisión, la "Suprema Corte" notificará por escrito las causas respectivas al "Prestador de Servicios" en el domicilio señalado en la declaración II.6 de este instrumento contractual, con quien en el acto se encuentre otorgándole un plazo de 15 (quince) días hábiles para que manifieste lo que a su derecho convenga y anexe los documentos que estime convenientes y, vencido este plazo, con su respuesta o sin ella, el órgano competente de la "Suprema Corte" resolverá sobre la procedencia de la rescisión, lo que se comunicará al "Prestador de Servicios" en su domicilio señalado en la declaración II.6 del presente instrumento contractual con quien en el acto se encuentre.

Serán causas de rescisión del presente instrumento contractual las siguientes:

1. Si el "Prestador de Servicios" no exhibe la garantía descrita en el presente instrumento en el plazo establecido.
2. Si el "Prestador de Servicios" suspende la prestación de los servicios señalados en la cláusula primera del presente contrato.
3. Si el "Prestador de Servicios" incurre en falsedad total o parcial respecto de la información proporcionada para la celebración del presente contrato.
4. En general, por el incumplimiento por parte del "Prestador de Servicios" a cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato.

En los supuestos a que se refiere esta cláusula, "las partes" convienen que la "Suprema Corte" podrá descontarle al "Prestador de Servicios" del monto pendiente por pagar, la pena convencional decretada por la "Suprema Corte" a que se refiere la cláusula décima cuarta del presente instrumento, considerando las causas que hayan motivado la rescisión, o bien, en caso que ya no existan montos pendientes de pago, el "Prestador de Servicios" se compromete a ingresar el monto de la pena convencional a la Tesorería de la "Suprema Corte"; ello, independientemente de que haga efectiva la garantía de cumplimiento establecida en este contrato.

DÉCIMA OCTAVA, SUPUESTOS DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO, DIVERSOS A LA RESCISIÓN.

El presente contrato podrá darse por terminado, además de los supuestos de rescisión a que se refiere la cláusula décima séptima de este instrumento contractual, al cumplimentarse su

objeto; o bien, de manera anticipada, cuando existan causas justificadas o razones de interés general, en términos de lo previsto en los artículos 148, 149, 150, y 151 del "Acuerdo General de Administración VI/2008".

DÉCIMA NOVENA. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.

"Las partes" acuerdan que la "Suprema Corte" podrá en cualquier momento, suspender temporalmente, en todo o en parte, el objeto materia de este contrato, por causas justificadas o por razones de interés general, sin que ello implique su terminación definitiva y, por tanto, el presente contrato podrá continuar produciendo todos sus efectos legales una vez desaparecidas las causas que motivaron dicha suspensión. El procedimiento de suspensión se regirá por lo dispuesto en el artículo 145 del "Acuerdo General de Administración VI/2008".

VIGÉSIMA. MODIFICACIÓN AL CONTRATO.

"Las partes" convienen y aceptan que cualquier modificación al presente instrumento contractual procederá por acuerdo de "las partes", previa aprobación de los órganos competentes de la "Suprema Corte" de conformidad con lo dispuesto en el artículo 143 del "Acuerdo General de Administración VI/2008".

VIGÉSIMA PRIMERA. INTRANSMISIBILIDAD DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DEL PRESENTE CONTRATO.

El "Prestador de Servicios" no podrá ceder, gravar, transferir o afectar, bajo cualquier título, parcial o totalmente a favor de otra persona física o moral los derechos y obligaciones que deriven del presente contrato, con excepción de los derechos de cobro, con autorización previa y expresa de la "Suprema Corte".

VIGÉSIMA SEGUNDA. "ADMINISTRADOR" DEL CONTRATO.

La "Suprema Corte" designa _____, como "Administrador" del presente contrato, quien supervisará su estricto cumplimiento; en consecuencia, deberá revisar e inspeccionar las actividades que desempeñe el "Prestador de Servicios", así como girar las instrucciones que considere oportunas y verificar que los servicios cumplan con las especificaciones señaladas en el presente contrato.

Asimismo, la "Suprema Corte" podrá sustituir al "Administrador" del contrato nombrando a uno nuevo, lo que se informará por escrito al "Prestador de Servicios".

VIGÉSIMA TERCERA. INEXISTENCIA DE LA RELACIÓN LABORAL.

Todas las personas que intervengan en la prestación de los servicios para la realización del objeto de este contrato, serán trabajadores del "Prestador de Servicios", por lo que de ninguna manera existirá relación laboral entre ellos y la "Suprema Corte". Será responsabilidad del "Prestador de Servicios" cumplir con todas las obligaciones que a cargo de los patrones establecen las disposiciones que regulan SAR, INFONAVIT, Seguro Social y las contempladas en la Ley Federal del Trabajo; por tanto, responderá a todas las reclamaciones administrativas y juicios de cualquier orden que los trabajadores del "Prestador de Servicios" presenten, en su contra o de la "Suprema Corte", con motivo del cumplimiento del presente contrato. El costo que implique el cumplimiento de estas obligaciones correrá a cargo del "Prestador de Servicios", el que será el único responsable de las obligaciones adquiridas con sus trabajadores.

La "Suprema Corte" estará facultada para requerir al "Prestador de Servicios" los comprobantes de afiliación de sus trabajadores al IMSS, así como los comprobantes de pago de las cuotas al SAR, INFONAVIT e IMSS.

En caso de que alguno o algunos de los trabajadores del "Prestador de Servicios" ejecuten o pretendan ejecutar alguna reclamación administrativa o juicio en contra de la "Suprema Corte", el "Prestador de Servicios" deberá rembolsar la totalidad de los gastos que erogue la "Suprema Corte" con motivo de las demandas instauradas por concepto de traslado, viáticos, hospedaje, transportación, alimentos y demás inherentes con el fin de acreditar ante la autoridad competente que no existe relación laboral alguna con los mismos, y deslindar a la "Suprema Corte" de cualquier tipo de responsabilidad en ese sentido.

"Las partes" acuerdan que el importe de los referidos gastos que se llegaran a ocasionar podrá ser deducido por la "Suprema Corte" de los Comprobantes Fiscales Digitales (CFDI) que se encuentren pendientes de pago, independientemente de las acciones legales que se pudieran ejercer.

VIGÉSIMA CUARTA. CONFIDENCIALIDAD, FOMENTO A LA TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Los trabajos ejecutados, total o parcialmente, especificaciones y en general la información que se encuentre en el lugar de su ejecución o que se hubiesen entregado al "Prestador de Servicios" para cumplir el objeto del presente contrato, son propiedad de la "Suprema Corte" por lo que el "Prestador de Servicios" se obliga a devolver a la "Suprema Corte" el material que se le hubiese proporcionado para el cumplimiento del objeto materia de este instrumento contractual.

"Las partes" están de acuerdo en que el presente instrumento contractual constituye información pública en términos de lo dispuesto en los artículos 1, 70, 113 y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, por lo que los gobernados podrán realizar su consulta.

Además, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 del Acuerdo General de la Comisión para la Transparencia, Acceso a la Información Pública Gubernamental y Protección de Datos Personales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación del nueve de julio de dos mil ocho, relativo a los órganos y procedimientos para tutelar en el ámbito de este Alto Tribunal los derechos de acceso a la información, a la privacidad y a la protección de datos personales garantizados en el artículo 6 Constitucional, el "Prestador de Servicios" se obliga a guardar secreto y a no divulgar por medio de publicaciones, conferencias, informes o cualquier otro medio de comunicación, aun electrónico, los datos personales a que tenga acceso con motivo de la documentación que maneje o conozca al desarrollar las actividades objeto del presente contrato, así como los resultados obtenidos en los trabajos contratados.

En caso de incumplimiento, la "Suprema Corte" podrá exigir el pago correspondiente al _____% del monto total de este instrumento, por concepto de indemnización.

VIGÉSIMA QUINTA. LEGISLACIÓN APLICABLE.

El acuerdo de voluntades previsto en este instrumento contractual se rige por lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el "Acuerdo General de Administración VI/2008", el Reglamento Orgánico en Materia de Administración de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, y en lo no previsto en estos por el Código Civil Federal, el Código Federal de Procedimientos Civiles, la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y la Ley Federal del Procedimiento Administrativo en lo conducente.

VIGÉSIMA SEXTA FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO

"Las partes" manifiestan y convienen que el presente acuerdo de voluntades es pactado con fundamento en los artículos 1794 y 1796 del Código Civil Federal vigente; por lo que, el plazo convenido en el presente instrumento contractual inicia de conformidad con la cláusula octava con independencia de que, debido a los trámites y gestiones internas, el contrato se formalice (por escrito) en fecha posterior.

VIGÉSIMA OCTAVA. PREVALENCIA DE BASES DE LA LICITACIÓN.

"Las partes" aceptan que en caso de que se actualice alguna discrepancia u omisión entre las bases de la licitación pública nacional LPN/XXXXX y el presente contrato, prevalecerá lo estipulado en aquellas sobre el presente instrumento jurídico.

VIGÉSIMA NOVENA. TRIBUNAL COMPETENTE-

Para la interpretación y cumplimiento de las cláusulas contenidas en el presente contrato, así como en caso de controversia "las partes" se someten expresamente a las decisiones del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, órgano competente para interpretar, hacer cumplir lo pactado en el mismo y dirimir las controversias que pudieran llegar a suscitarse con motivo de lo pactado en el mismo, renunciando en forma expresa a cualquier otro fuero que, en razón de su domicilio o vecindad, tengan o llegaren a tener, en términos de lo dispuesto en el artículo 11, fracción XX, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

TRIGÉSIMA. ANEXOS.

Forman parte integrante del presente contrato los siguientes anexos:

"Anexo 1". Propuesta Técnica del "Prestador de Servicios" presentada el _____, y requerimiento técnico anexo a bases de la licitación pública nacional LPN/XXXX.

"Anexo 2". Propuesta Económica del "Prestador de Servicios" presentada _____.

"Anexo 3". Anexos XXXXX de la licitación pública nacional LPN/XXXX.

Leído y explicado el presente contrato y al estar de acuerdo en su contenido y alcance, se firma con la conformidad de "las partes", por triplicado, en la Ciudad de México, el _____, de _____ de _____.

POR LA "SUPREMA CORTE"

**POR EL "PRESTADOR DE
SERVICIOS"**

(AVALA QUE LOS ALCANCES DE LOS
SERVICIOS A CONTRATAR, SON
PRECISAMENTE LOS QUE DARÁN
SATISFACCIÓN A SU REQUERIMIENTO)

SCJN/DGRM/DABI-000/00/0000

Anexo 2.3

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

**CONTRATO TIPO DEL TRIBUNAL ELECTORAL DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**



CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, EL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "TRIBUNAL", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR _____, EN SU CARÁCTER DE _____, Y POR LA OTRA, _____ EN LO SUCESIVO EL "PRESTADOR", DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES

Manifiesta el "TRIBUNAL" que:

- I. De conformidad con lo establecido en el artículo 99 de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* es un órgano especializado del Poder Judicial de la Federación que, con excepción de lo dispuesto en la fracción II, del artículo 105 de la propia Constitución, es la máxima autoridad en materia electoral, cuya administración corresponde a su Comisión de Administración.
- II. Conforme a los artículos 99, décimo párrafo, de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; 191, fracción II, 205, segundo párrafo y 210, fracción II, de la *Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación*, el Presidente del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, preside a su vez la Comisión de Administración. Por su parte, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 191, fracciones I y VIII, de la *Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación*, el Presidente del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación es el representante de este órgano jurisdiccional y tiene la atribución de celebrar todo tipo de actos jurídicos y administrativos que se requieran para el buen funcionamiento del órgano, así como llevar las relaciones con autoridades o instituciones públicas y privadas, nacionales o extranjeras, que tengan vínculos con el Tribunal.
- III. De conformidad con la fracción VI, del artículo 7 del *Reglamento Interno del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación*, el Presidente de este órgano jurisdiccional tiene, entre otras facultades, la de otorgar poderes a nombre del Tribunal Electoral, así como nombrar

SS/___-1_



representantes, para los efectos a que se refiere el artículo 191, fracción I de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

IV. El _____, en su carácter de _____, está facultado para celebrar el presente contrato en términos del poder general que obra en el Testimonio Notarial _____, de fecha _____ de _____ de _____, pasado ante la fe del Notario Público _____ del _____, licenciado _____, facultades que no le han sido modificadas ni revocadas a la presente fecha.

V. El 8 de octubre de 2015, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el ACUERDO GENERAL QUE REGULA LOS PROCEDIMIENTOS DE ADQUISICIÓN, ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, OBRA PÚBLICA Y LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MISMA, DEL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, y cuya entrada en vigor corresponde a partir del 8 de octubre de 2015, en adelante "ACUERDO GENERAL".

VI. PÁRRAFO PLURIANUALIDAD

La Comisión de Administración del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, en su _____ Sesión _____ celebrada el _____, emitió el acuerdo _____, por el cual autorizó la plurianualidad del presente contrato.

VII. PÁRRAFO AUTORIZACIÓN

La Comisión de Administración del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, en su _____ Sesión _____, celebrada el día _____ emitió el acuerdo _____ por el cual autorizó la adjudicación del presente contrato.

El Comité de Adquisiciones, Arrendamientos, Prestación de Servicios y Obra, en su _____ Sesión _____, celebrada el día _____ emitió el acuerdo _____ mediante el cual autorizó la adjudicación del presente contrato.

SS/___-1



De conformidad con lo dispuesto en el artículo 23, fracción I del "ACUERDO GENERAL", el Coordinador de Adquisiciones, Servicios y Obra Pública del "TRIBUNAL" autorizó la adjudicación directa del presente contrato, a través del oficio número _____, de fecha _____.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 24, fracción I del "ACUERDO GENERAL", el Delegado Administrativo de la Sala Regional _____ del "TRIBUNAL" autorizó la adjudicación directa del presente contrato, a través del oficio número _____, de fecha _____.

El _____ mediante el oficio _____, de conformidad con lo señalado en el artículo 91, fracción I de "ACUERDO GENERAL", autorizó por caso urgente la celebración del presente instrumento.

VIII. Su Registro Federal de Contribuyentes es TEP961122B8A

IX. Para cubrir las erogaciones que se derivan del presente contrato, cuenta con la certificación presupuestal respectiva, como se desprende de (los) oficio(s) _____ de fecha(s) _____ emitido(s) por la Coordinación Financiera.

X. Para los efectos del presente contrato, señala como su domicilio el ubicado en avenida Carlota Armero 5000, colonia CTM Culhuacán, delegación Coyoacán, código postal 04480, en la ciudad de México, Distrito Federal.

Manifiesta el "PRESTADOR" que:

I. **GENERALIDADES DEL PRESTADOR**

PERSONA FÍSICA

Es una persona física, de nacionalidad _____, quien se identifica en este acto con _____, con folio _____, expedida a su favor por _____.

SS/ __-1_



PERSONA MORAL

Es una sociedad legalmente constituida conforme a las leyes mexicanas, según escritura pública _____ de _____, otorgada ante la fe del licenciado _____, Notario Público _____, del _____, instrumento que se encuentra inscrito en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio del _____, en el folio mercantil _____ de fecha _____.

_____ está facultado para celebrar el presente contrato conforme a la escritura pública _____ de _____, otorgada ante la fe del licenciado _____, Notario Público _____, de _____; asimismo, en este acto se identifica con _____, con folio _____, expedida a su favor por _____.

II. ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL

PERSONA FÍSICA

Tiene la capacidad jurídica y profesional para obligarse a la prestación de los servicios objeto del presente contrato.

PERSONA MORAL

Dentro de su objeto social y su actividad, entre otros, se encuentra el objeto de este contrato.

- III. Se encuentra inscrito como contribuyente ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con el Registro Federal de Contribuyentes _____.
- IV. Bajo protesta de decir verdad manifiesta que no se encuentra en alguno de los supuestos que le impidan celebrar el presente contrato, de conformidad con el artículo 77 del "ACUERDO GENERAL".
- V. Conoce plenamente la normatividad aplicable al "TRIBUNAL" y, por consecuencia, al presente contrato.
- VI. Para los efectos del presente contrato, señala como domicilio el ubicado en _____; con número telefónico _____.

SS/___-2_



Manifiestan "LAS PARTES" que:

- I. Se reconocen recíprocamente la calidad con que comparecen y están de acuerdo con las declaraciones que anteceden, por lo que manifiestan su conformidad para suscribir el presente instrumento, ya que no existen vicios del consentimiento que pudieran afectar su validez.
- II. Sujetan la celebración del contrato al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO

El "PRESTADOR" se obliga con el "TRIBUNAL" a prestarle el (los) servicio(s) de _____.

Lo anterior, de conformidad a su propuesta técnica y económica, documento que se integra al presente contrato como ANEXO ÚNICO, así como de ser el caso, con las bases de contratación respectivas y sus anexos.

SEGUNDA. VIGENCIA

La vigencia del presente contrato será a partir del _____ hasta el _____.

TERCERA. MONTO

Contrato abierto

En consideración a que el presente instrumento es un contrato abierto, "LAS PARTES" acuerdan que el monto mínimo a ejercer es por la cantidad _____ más el Impuesto al Valor Agregado y el monto máximo a ejercer es de _____ más el Impuesto al Valor Agregado.

Monto fijo

Las "PARTES" acuerdan que el monto total por la prestación de servicios objeto del presente contrato es la cantidad de _____ más el Impuesto al Valor Agregado.



Si el "PRESTADOR" recibiere pagos en exceso deberá reintegrar las cantidades entregadas más los intereses que se calcularán conforme a una tasa que será igual a la establecida en el Código Fiscal de la Federación como si se tratara del supuesto de prórroga para el pago de créditos fiscales. Los cargos se calcularán sobre las cantidades pagadas en exceso en cada caso y se computará por días naturales, desde la fecha del pago hasta que se pongan a disposición del "TRIBUNAL".

CUARTA. FORMA DE PAGO

El "TRIBUNAL" cubrirá al "PRESTADOR" la cantidad antes mencionada en _____ pago(s), a razón de _____.

El "TRIBUNAL" se obliga a pagar al "PRESTADOR" el precio de los servicios prestados, en un plazo máximo de _____ días hábiles, contados a partir de la aceptación de la(s) factura(s) o recibo(s) correspondiente(s), a través de cheque nominativo a favor del "PRESTADOR", mismo que será entregado en su tesorería ubicada en Virginia 68, colonia Parque San Andrés, código postal 04040, delegación Coyoacán, México, Distrito Federal, de lunes a viernes, dentro del horario corrido de las 9:00 a las 16:00 en días hábiles, desglosándose el Impuesto al Valor Agregado; además, la(s) factura(s) o recibo(s) de honorarios deberá(n) cumplir con los requisitos fiscales vigentes, incluida la descripción completa de los servicios con la aprobación por escrito del personal designado, así como la validación técnica de la _____.

En el caso de que la(s) factura(s) o recibo(s) entregada (s) por el "PRESTADOR" para su trámite de pago, no coincida(n) con los conceptos, además de las especificaciones de los servicios suministrados o que, en su caso, presenten errores o deficiencias, el "TRIBUNAL" dentro de los _____ días hábiles siguientes a la fecha de su recepción, indicará por escrito al "PRESTADOR" las deficiencias que deberá corregir.

QUINTA. ANTICIPO.

Sin anticipo

En el presente contrato no se otorgará anticipo alguno.

Con anticipo

SS/_-1_



En virtud de que la prestación de servicios pactada en este instrumento contractual cumple con lo preceptuado por el artículo 123 del "ACUERDO GENERAL", se le otorga un anticipo del ____% sobre el monto total del presente contrato.

El anticipo será amortizado con cada pago que se realice al "PRESTADOR" por los servicios prestados, descontándose el porcentaje que se haya otorgado por dicho concepto. El anticipo se deberá de amortizar por completo a más tardar el _____.

SEXTA. CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL TRIBUNAL

Al momento de recibir el último pago por la prestación del (los) servicio(s) objeto del presente contrato, el "PRESTADOR" conviene en presentar un escrito en el que exprese que el "TRIBUNAL" cumplió en todos sus términos con las obligaciones pactadas en este contrato, y exprese que no se reserva acción ni derecho alguno presente ni futuro en contra del "TRIBUNAL".

SÉPTIMA. AJUSTE DE PRECIOS

Durante la vigencia del presente contrato, los montos objeto de la prestación del servicio serán fijos, por lo que únicamente procederá el ajuste de precios en caso de que hayan ocurrido circunstancias excepcionales, no previstas, que obliguen al "PRESTADOR" a modificar sus precios fundadamente. En tal supuesto, las "PARTES" se sujetarán al procedimiento previsto en el artículo 126 del "ACUERDO GENERAL". El aumento o reducción correspondiente deberá constar por escrito, mediante convenio.

OCTAVA. SUPERVISIÓN

_____ será responsable de verificar que se cumplan las obligaciones establecidas en el presente contrato.

NOVENA. RELACIÓN CONTRACTUAL

Con fundamento en el artículo 3 del "ACUERDO GENERAL", La relación existente entre el "TRIBUNAL" y el "PRESTADOR" es de carácter estrictamente administrativa, por lo que el "PRESTADOR" es el único responsable de las obligaciones de carácter civil, laboral y de cualquier otra naturaleza para con las personas con quien se auxilie en el cumplimiento del presente contrato, por lo que expresamente reconoce y acepta lo que dispone al respecto el artículo 13 de la Ley Federal del Trabajo, por ser el único y

SS/ -1



exclusivo patrón de los elementos que comisione, quienes no tienen ni tendrán vínculo laboral de alguna clase con el "TRIBUNAL" y, por lo tanto, en ningún momento se considerará al "TRIBUNAL" como intermediario.

Por lo anterior, el "PRESTADOR" se obliga a dejar a salvo al "TRIBUNAL" de cualquier reclamación o acción instaurada en su contra, con motivo del presente contrato, a sacarlo a salvo y en paz de cualquier juicio o procedimiento que se instaure con motivo de lo referido, así como a pagar, en su caso, los daños y perjuicios que se le causen.

DÉCIMA. IMPEDIMENTO DE CESIÓN

"LAS PARTES" acuerdan que los derechos y obligaciones que adquieren con motivo de la celebración del presente contrato, salvo la cesión de los derechos de cobro, son intransferibles. En consecuencia, cualquier cesión hecha en contravención a lo estipulado en esta cláusula, no surtirá efecto legal alguno.

DÉCIMA PRIMERA. PATENTES, MARCAS Y/O DERECHOS DE AUTOR.

El "PRESTADOR" asume la responsabilidad total con el "TRIBUNAL", en el caso de que al prestar los servicios objeto del presente contrato, infrinja derechos de terceros sobre patentes, marcas y/o derechos de autor; en consecuencia, libera en este acto al "TRIBUNAL" de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por estos conceptos.

DÉCIMA SEGUNDA. PENAS CONVENCIONALES

En caso de incumplimiento del "PRESTADOR" a las obligaciones contraídas en el presente contrato, el "TRIBUNAL" aplicará una pena convencional equivalente al diez por ciento del monto total del contrato. En caso de incumplimiento parcial, la pena se ajustará proporcionalmente al porcentaje incumplido. Lo anterior, siempre y cuando no se establezca la garantía de cumplimiento en términos del artículo 130 del "ACUERDO GENERAL".

Para el caso de obligaciones adquiridas por el "PRESTADOR" cuyo cumplimiento se sujete a plazos, cuando preste los servicios de manera extemporánea por causas imputables a él mismo, el "TRIBUNAL" aplicará una pena por atraso, equivalente al monto que resulte de aplicar el diez al millar diario a la cantidad que importen los servicios pendientes de realizar. El importe que resulte por la aplicación de la pena por atraso se descontará del pago que se le deba al "PRESTADOR". En caso de que la pena por atraso exceda el monto de la garantía, se considerará que existe incumplimiento,



iniciando el procedimiento de rescisión administrativa en los términos del "ACUERDO GENERAL".

DÉCIMA TERCERA. GARANTÍAS

Párrafo no garantía

De conformidad con lo señalado por el artículo 130 del "ACUERDO GENERAL", en el presente instrumento no es exigible la garantía de cumplimiento en razón al monto contratado.

Párrafo garantía cumplimiento

De conformidad con lo señalado por el *Título Sexto, Capítulo Segundo* del "ACUERDO GENERAL", el (*contratista, prestador o proveedor*), a efecto de garantizar el cumplimiento del presente contrato, se obliga a otorgar según sea el caso, una garantía, misma que podrá constituirse mediante fianza, depósito en efectivo o cualquier otro medio previamente autorizado por el "TRIBUNAL".

En el caso de que la opción de garantizar el cumplimiento sea mediante fianza, se presentará de la siguiente forma:

Para garantizar el cumplimiento del contrato, el "PRESTADOR" se obliga a otorgar a entera satisfacción del "TRIBUNAL", una fianza expedida por compañía legalmente autorizada, a favor de la "TESORERÍA DE LA FEDERACIÓN" por la cantidad de _____ equivalente al 10% del monto total del presente contrato sin contar el Impuesto al Valor Agregado, para garantizar el cumplimiento exacto de todas y cada una de las obligaciones contenidas en el mismo.

La fianza indicada deberá contener la leyenda siguiente:

- a) "ESTA FIANZA NO PODRÁ SER CANCELADA SIN LA AUTORIZACIÓN EXPRESA Y POR ESCRITO DEL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, A TRAVÉS DE _____, Y EN CASO DE PRÓRROGA O ESPERA, LA VIGENCIA DE LA FIANZA QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE PRORROGADA EN CONCORDANCIA CON DICHA PRÓRROGA O ESPERA, SIN QUE SEA NECESARIA LA AUTORIZACIÓN DE LA AFIANZADORA".

SS/___-i_



- b) "QUE LA AFIANZADORA ACEPTA EXPRESAMENTE LO PRECEPTUADO EN LOS ARTÍCULOS 178, 279, 280, 282 Y 283 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS".

En el supuesto de realizar depósito en efectivo, éste se realizará a la cuenta del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

Al término de la vigencia del presente contrato, de no existir reclamación por parte del "TRIBUNAL", sobre el cumplimiento de las obligaciones del (*contratista, prestador o proveedor*), expedirá la cancelación correspondiente.

Párrafo garantía anticipo

Previo al otorgamiento del anticipo, el (*contratista, prestador o proveedor*) se obliga a presentar una fianza expedida por compañía legalmente autorizada a favor de la "**TESORERÍA DE LA FEDERACIÓN**" por _____, cantidad que incluye el Impuesto al Valor Agregado, equivalente al 100% del anticipo recibido, a fin de garantizar la debida inversión del mismo, o en su caso, la devolución del importe recibido. Esta garantía deberá presentarse contra la recepción del anticipo.

La fianza indicada deberá contener la leyenda siguiente:

- b) "ESTA FIANZA NO PODRÁ SER CANCELADA SIN LA AUTORIZACIÓN EXPRESA Y POR ESCRITO DEL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, A TRAVÉS DE _____, Y EN CASO DE PRÓRROGA O ESPERA, LA VIGENCIA DE LA FIANZA QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE PRORROGADA EN CONCORDANCIA CON DICHA PRÓRROGA O ESPERA, SIN QUE SEA NECESARIA LA AUTORIZACIÓN DE LA AFIANZADORA".
- b) "QUE LA AFIANZADORA ACEPTA EXPRESAMENTE LO PRECEPTUADO EN LOS ARTÍCULOS "QUE LA AFIANZADORA ACEPTA EXPRESAMENTE LO PRECEPTUADO EN LOS ARTÍCULOS 178, 279, 280, 282 Y 283 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS".



Al término de la vigencia del presente contrato, de no existir reclamación por parte del "TRIBUNAL", sobre el cumplimiento de las obligaciones del (*contratista, prestador o proveedor*), expedirá la cancelación correspondiente.

DÉCIMA CUARTA. RESCISIÓN

"LAS PARTES" convienen que el "TRIBUNAL" podrá rescindir el presente contrato al "PRESTADOR" sin necesidad de declaración judicial alguna, por el incumplimiento injustificado a cualquiera de las obligaciones a su cargo consignadas en el presente instrumento jurídico. Si se actualizara dicha hipótesis, se estará al procedimiento de rescisión administrativa previsto en el "ACUERDO GENERAL".

Previo al procedimiento de rescisión, el área encargada de supervisar el cumplimiento del contrato, requerirá al contratante, mediante oficio, para que en un término de 10 (diez) días se subsane dicha deficiencia o, en su defecto, exprese las razones de las que se derivó el incumplimiento. De no cumplirse con lo anterior, se estará a lo dispuesto en el párrafo que antecede.

DÉCIMA QUINTA. TERMINACIÓN ANTICIPADA

El presente contrato se podrá dar por terminado por los siguientes supuestos:

- I. Por cumplimiento de su objeto;
- II. Por rescisión;
- III. Por caso fortuito o fuerza mayor;
- IV. Por razones de orden público o de interés general, y
- V. Por mutuo consentimiento.

DÉCIMA SEXTA. CONFIDENCIALIDAD

Cualquier información de carácter confidencial o reservada derivada del presente contrato, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 13, 14 y 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, así como los diversos 10, 11 y 12 del Acuerdo General de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, no se podrá divulgar, salvo que sea autorizada por escrito.

DÉCIMA SÉPTIMA. ENCABEZADOS Y DEFINICIONES

Los encabezados y definiciones señalados en cada una de las cláusulas del presente contrato se han utilizado únicamente para una rápida localización e

55/___-3



identificación del contenido de la cláusula de que se trate, por lo que en ningún momento se entenderá que dichos encabezados y definiciones limitan o alteran el acuerdo de las partes contenido en ella.

DÉCIMA OCTAVA. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

Para la interpretación y cumplimiento del presente contrato, "LAS PARTES" se someten expresamente a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Federales con residencia en la ciudad de México, Distrito Federal, renunciando expresamente al fuero que pudiere corresponderles por razón de su domicilio presente o futuro.

Leído que fue el presente contrato y enteradas las partes de su contenido, valor y consecuencias legales, lo firman por triplicado, en la ciudad de México, Distrito Federal, el _____.

POR EL "TRIBUNAL"

EL "PRESTADOR"

TESTIGOS

Anexo 3

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

“Carta Garantía”

Escrito de manifestación de los artículos 5 y 294, fracción VI de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

“TEXTO QUE DEBERÁ EMPLEAR EL LICITANTE”

Fecha: _____

Asunto: manifestación de los artículos 5 y 294, fracción VI de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
P R E S E N T E

Me refiero a la Licitación Pública Nacional No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017, relativa al SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

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 CJF.

Atentamente

Nombre, cargo y firma del representante legal del licitante

Anexo 4

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

“Manifestación bajo protesta de acreditación de personalidad”

MANIFESTACIÓN BAJO PROTESTA DE ACREDITACIÓN DE PERSONALIDAD

(Nombre apoderado o representante legal) manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos aquí asentados, son ciertos y han sido debidamente verificados, así como que cuento con facultades suficientes para comprometerme por mi o mi representada para suscribir la proposición en la presente Licitación, a nombre y representación de: **(Nombre de la persona física o razón o denominación social de la persona moral)**

Licitación Pública Nacional No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

Registro Federal de Contribuyentes:

Domicilio fiscal:

Calle y número:

Colonia:

Delegación o Municipio:

Código Postal:

Entidad Federativa:

Teléfonos:

Fax:

Correo electrónico:

No. De la escritura pública en la que consta su acta constitutiva:

Fecha:

Nombre, número y lugar del notario público ante el cual se dio fe de la misma:

Relación de accionistas:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre (s):

Descripción del objeto social:

Reformas al acta constitutiva:

Nombre del apoderado o representante:

Datos del documento mediante el cual acredita su personalidad y facultades:

Escritura pública número:

Fecha:

Nombre, número y lugar del notario público ante el cual se otorgó:

Identificación Oficial del Apoderado o Representante legal:

Anexo 5

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

“Carta protesta”

CARTA PROTESTA

Ciudad de México, a ___ de _____ de _____.

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 o apoderados, 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 numeral 2.4 de las bases de la **Licitación Pública Nacional No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017**, ni del Artículo 299 del **Acuerdo General**, 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.

Texto para persona Física:

(Nombre de la persona física) declaro, bajo protesta de decir verdad que no desempeño un empleo cargo o comisión en el servicio públicos, ni me encuentro inhabilitado, así como que no me ubico en ninguno de los supuestos señalados en el numeral 2.4 de las bases de la **Licitación Pública Nacional No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017**, ni del Artículo 299 del **Acuerdo General**, 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

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 **CJF** se desprende que personas físicas o morales pretenden evadir los efectos de la inhabilitación, la **DCS** se abstendrá de firmar los contratos correspondientes.

Anexo 6

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

“Carta de aceptación de condiciones”

CARTA DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Poder Judicial de la Federación
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, que acepto las condiciones establecidas en las presentes bases del procedimiento de Licitación Pública Nacional número **CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017**, y en particular la forma de pago estipulada en las mismas, tiempo de prestación del servicio, condiciones y lugar de prestación del servicio.

A t e n t a m e n t e

Texto para persona Física:

(Nombre de la persona física) declaro, que acepto las condiciones establecidas en las presentes bases del procedimiento de Licitación Pública Nacional número **CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017**, y en particular la forma de pago estipulada en las mismas, tiempo de prestación del servicio, condiciones y lugar de prestación del servicio.

A t e n t a m e n t e

Anexo 7

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/021/2017

“Formatos de propuesta económica adicionales”

PAPEL MEMBRETADO DE LA EMPRESA

Ciudad de México a ____ de _____ de 2017

**PROPUESTA ECONÓMICA
PARTIDA 1
"SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES"**

Subpartida 1.1 Personal Operativo (A)

| CONCEPTO | "Suma básica UMAMVCDMX" | Prima Individual sin I.V.A. | I.V.A. | Población* | Prima anual (Incluye I.V.A.) |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------|--------------|------------------------------|
| Titulares | 111 | | | 28157 | |
| Cónyuges | 111 | | | 10591 | |
| Hijos menores de 25 años de edad | 111 | | | 22938 | |
| | | | | TOTAL | |

*Será responsabilidad del licitante, corroborar la población de asegurados conforme al anexo técnico.

Subpartida 1.2 Funcionarios Superiores y Mandos Medios (B)

| CONCEPTO | "Suma básica UMAMVCDMX" | Prima Individual sin I.V.A. | I.V.A. | Población* | Prima anual (Incluye I.V.A.) |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------|--------------|------------------------------|
| Titulares | 111 | | | 2755 | |
| | 148 | | | 4566 | |
| | 185 | | | 1 | |
| | 333 | | | 11709 | |
| Cónyuges | 111 | | | 1217 | |
| | 148 | | | 1915 | |
| | 185 | | | 1 | |
| | 333 | | | 6091 | |
| Hijos menores de 25 años de edad | 111 | | | 2355 | |
| | 148 | | | 4137 | |
| | 185 | | | 1 | |
| | 333 | | | 13481 | |
| | | | | TOTAL | |

*Será responsabilidad del licitante, corroborar la población de asegurados conforme al anexo técnico.

Subpartida 1.3 Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados (C1)

| CONCEPTO | "Suma básica UMAMVCDMX" | Prima Individual sin I.V.A. | I.V.A. | Población* | Prima anual (Incluye I.V.A.) |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------|--------------|------------------------------|
| Titulares | 295 | | | 145 | |
| | 333 | | | 42 | |
| Cónyuges | 295 | | | 107 | |
| | 333 | | | 18 | |
| Hijos menores de 25 años de edad | 295 | | | 29 | |
| | 333 | | | 4 | |
| | | | | TOTAL | |

*Será responsabilidad del licitante, corroborar la población de asegurados conforme al anexo técnico

(C2)

| Asegurado en 295 SMGM | PRIMA DE SEGURO A CARGO DEL P.J.F. | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-------|----------------------|------------------------|
| | Prima sin I.V.A | I.V.A | Población asegurada* | Total (Incluye I.V.A.) |
| Titular | | | 145 | |
| Cónyuge | | | 107 | |
| Hijo menor de 25 años | | | 29 | |
| | | | TOTAL | |

*Será responsabilidad del licitante, corroborar la población de asegurados conforme al anexo técnico

(C3)

| Asegurado en 333 SMGM | PRIMA DE SEGURO A CARGO DEL P.J.F. | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-------|----------------------|------------------------|
| | Prima sin I.V.A | I.V.A | Población asegurada* | Total (Incluye I.V.A.) |
| Titular | | | 42 | |
| Cónyuge | | | 18 | |
| Hijo menor de 25 años | | | 4 | |
| | | | TOTAL | |

*Será responsabilidad del licitante, corroborar la población de asegurados conforme al anexo técnico

| Concepto | Prima anual (Incluye I.V.A.) |
|---|--------------------------------------|
| Subpartida 1.3 Ministros Magistrados y Jueces Jubilados | (C1) |
| | (C2) |
| | (C3) |
| TOTAL | C= (Sumatoria de C1, C2 y C3) |

| Subpartida | Prima anual I.V.A. incluido |
|---|-----------------------------------|
| Subpartida 1.1 Personal Operativo | (A) |
| Subpartida 1.2 Funcionarios Superiores y Mandos Medios | (B) |
| Subpartida 1.3 Ministros Magistrados y Jueces Jubilados | (C) |
| TOTAL | D= (Sumatoria de A, B y C) |

Primas totales

| Subpartida | 2017-2018 (Prima anual por subpartida) IVA incluido | 2018-2019 (Prima anual por subpartida) IVA incluido | Total por la vigencia (I.V.A. incluido) |
|---|---|---|--|
| Subpartida 1.1 Personal Operativo | | | |
| Subpartida 1.2 Funcionarios Superiores y Mandos Medios | | | |
| Subpartida 1.3 Ministros Magistrados y Jueces Jubilados | | | |
| TOTAL | | | |

Nombre, firma y cargo

Vigencia: este precio se mantendrá fijo por el periodo que dure el contrato.

