



PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL PRESENCIAL CONSOLIDADA
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015

"SEGUROS DE PERSONAS Y BIENES"

BASES DE LICITACIÓN

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and strokes, located in the bottom left corner of the page.

ÍNDICE

ENCABEZADO	TÍTULO	PAGINA
	INDICE	2
	CALENDARIO DE ACTIVIDADES	4
	GLOSARIO	5
CAPITULO 1	INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS	
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	10
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	Garantía de calidad de los servicios	10
Punto 1.5	Condiciones de entrega de las pólizas	10
Punto 1.6	Condiciones de pago	12
Punto 1.7	Recursos Económicos	13
CAPITULO 2	DISPOSICIONES GENERALES	
Punto 2.1	Consulta de las bases	13
Punto 2.2	Impuestos y derechos	14
Punto 2.3	Patentes, marcas y derechos de autor	14
Punto 2.4	Restricciones para participar y/o contratar	14
Punto 2.5	Licitación pública desierta	16
Punto 2.6	Cancelación de la licitación	16
Punto 2.7	Modelo de Contrato	17
2.7.1	Plazo para formalizar el contrato	17
2.7.2	Terminación de contrato por incumplimiento del objeto	18
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	19
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	19
2.7.10	Suspensión temporal de la ejecución del contrato en materia de prestación de servicios	19
2.7.11	Suspensión por caso fortuito o fuerza mayor	19
2.7.12	Terminación anticipada por parte del prestador de servicios	20
2.7.13	Rescisión y terminación anticipada de contratos con saldo pendiente de amortizar	20
Punto 2.8	Garantías que deberán presentarse.	20
2.8.1	Relativa al cumplimiento del contrato	20
Punto 2.9	Supervisión del servicio	20
Punto 2.10	Penas convencionales y aplicación de garantías	21
2.10.1	Pena convencional por incumplimiento	21
2.10.2	Pena convencional por atraso	21
2.10.3	Deductivas por servicios no prestados y/o deficiente calidad	21
Punto 2.11	Inconformidad	21
Punto 2.12	Instancias resolutoras	22
Punto 2.13	Aclaración relativa a negociación de las condiciones	22
Punto 2.14	Relaciones laborales	22
Punto 2.15	Cesión de derechos	22
Punto 2.16	Confidencialidad	22
CAPITULO 3	DOCUMENTACIÓN QUE DEBERA PRESENTAR EL LICITANTE	
Punto 3.1	Propuestas	23
Punto 3.2	Requisitos que deberán cumplir los licitantes	24
3.2.1	Documentación financiera y contable	24
3.2.1.1	Requisitos financieros y contables	24
Punto 3.3	Propuesta técnica	26
Punto 3.4	Propuesta económica	27
3.4.1	Precios	27
3.4.2	Vigencia de la propuesta	27
3.4.3	Carta de aceptación de condiciones	27

ÍNDICE

ENCABEZADO	TÍTULO	PAGINA
CAPÍTULO 4	CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LAS PROPUESTAS	
Punto 4.1	Evaluación y financiera	28
Punto 4.2	Evaluación técnica	29
Punto 4.3	Evaluación económica	29
Punto 4.4	Criterios para la adjudicación de contratos	30
Punto 4.5	Adjudicación a la segunda propuesta	31
Punto 4.6	Motivos de descalificación	31
CAPÍTULO 5	DESARROLLO DE LOS ACTOS	
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.	
	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.	
	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	
	Partida 2: Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente.	
	Partida 3: Seguro de Bienes Patrimoniales.	
	Partida 4: Seguro de Vehículos	
	4.1 Seguro de Vehículos Institucionales.	
	4.2 Seguro Voluntario de Vehículos propiedad de los servidores públicos, pensionados y jubilados.	
Anexo 2	Modelos de contratos del Consejo, la Corte y el tribunal	37
Anexo 3	Carta Garantía	79
Anexo 4	Manifestación bajo protesta de acreditación de personalidad	81
Anexo 5	Carta protesta	83
Anexo 6	Carta de aceptación de condiciones	85

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

“SEGUROS DE PERSONAS Y BIENES”

Licitación Pública Nacional Presencial Consolidada
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015

Periodo de consulta de bases e inscripción al procedimiento	Junta de aclaraciones	Acto de Apertura de Propuestas	Acto de Notificación del Fallo
Del 03 al 05 de noviembre de 2015	11 de noviembre de 2015 a las 10:00 horas	17 de noviembre de 2015 a las 10:00 horas	27 de noviembre de 2015 a las 16:00 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, México, D.F., C.P. 14210, teléfono 5449 9500, Ext. 2725 y 2701, durante el periodo comprendido del 03 al 05 de noviembre de 2015, 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 su página web www.cjf.gob.mx, dentro de la sección "Servicios", "Convocatorias", en el apartado correspondiente a "Recursos Materiales y Servicios Generales".

II. Es obligatoria la inscripción al procedimiento y únicamente se realizará en el periodo comprendido del 03 al 05 de noviembre de 2015, 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 que desee participar en el procedimiento de Licitación, en las oficinas de la Dirección de Contratación de Servicios de la Dirección General de Recursos Materiales, ubicada en el domicilio indicado en el párrafo que antecede, presentando su identificación oficial.

III. Tipo de Procedimiento: Licitación Pública Nacional Presencial Consolidada. En la cual los licitantes exclusivamente podrán presentar sus propuestas en forma documental y por escrito, en sobre cerrado, durante el acto de presentación y apertura de proposiciones.

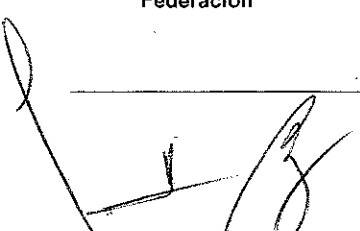
GLOSARIO

Para los efectos de esta Licitación Pública Nacional Presencial Consolidada No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015, 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 Consejo.
- ⇒ **Área de Adquisiciones:** La Dirección General de Recursos Materiales (**DGRM**) del Consejo de la Judicatura Federal, a través de la Dirección de Contratación de Servicios (**DCS**).
- ⇒ **Área Requiriente:** Por el **Consejo**, la Dirección General de Servicios al Personal y la Dirección General de Servicios Generales; por la **Suprema Corte de Justicia de la Nación**, la Dirección General de Recursos Humanos e Innovación Administrativa y por el **Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación**, la Coordinación de Recursos Humanos y Enlace Administrativo, que requieren la contratación del servicio de seguros de personas y bienes propiedad del Poder Judicial de la Federación 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.
- ⇒ **Área Técnica:** Por el **Consejo**, la Dirección General de Servicios al Personal y la Dirección General de Servicios Generales; por la **Suprema Corte de Justicia de la Nación**, la Dirección General de Recursos Humanos e Innovación Administrativa y por el **Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación**, la Coordinación de Recursos Humanos y Enlace Administrativo, las cuales elaboraron las especificaciones técnicas que se incluyen en las bases, por lo que serán las encargadas de evaluar las propuestas técnicas de las proposiciones presentadas y serán 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 del servicio 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.
- ⇒ **Comisión:** Comisión de Administración del Consejo de la Judicatura Federal.
- ⇒ **Comité:** Comité de Adquisiciones, Arrendamientos, Obra Pública y Servicios del Consejo de la Judicatura Federal.
- ⇒ **Consejo:** Consejo de la Judicatura Federal.
- ⇒ **Contraloría:** **Contraloría del Poder Judicial de la Federación:** Sita en Av. Periférico Sur 4124, Pisos 2.y 5, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, México, D.F.
- ⇒ **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 y en la página de Internet del Consejo 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. En el caso de arrendamiento, la indicación de si es con opción a compra, así como el señalamiento de la fecha, hora y lugar del acto de apertura de propuestas y, en su caso, del acto de aclaraciones y de la visita al lugar donde se prestarán los servicios.
- ⇒ **Corte:** **Suprema Corte de Justicia de la Nación:** Sita Pino Suárez No. 2, Col. Centro, C.P.06060, México, D.F., con Registro Federal de Contribuyentes SCJ950204 6P5
- ⇒ **CRHyEA:** **Coordinación de Recursos Humanos y Enlace Administrativo del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación:** Sita en Carlota Armero 5000, Col. CTM Culhuacán, Del. Coyoacán, C.P. 04480, México, D.F.
- ⇒ **DGSP:** **Dirección General de Servicios Generales:** Sita en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 6, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

- ⇒ **DCS:** **Dirección de Contratación de Servicios:** Sita en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, piso 7 Ala "A", Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Del. Tlalpan, México D.F.
- ⇒ **DGAJ:** **Dirección General de Asuntos Jurídicos:** Sita en Av. Insurgentes Sur No. 2417, Piso 4, Ala Sur, Col. San Ángel, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01000, México, D.F.
- ⇒ **DGPP:** **Dirección General de Programación y Presupuesto:** Sita en Carretera Picacho-Ajusco No. 170, Piso 5 Ala "B", Col. Jardines en la Montaña, C.P. 14210, Del. Tlalpan, México D.F. México, D.F.
- ⇒ **DGRHIA:** **Dirección General de Recursos Humanos e Innovación Administrativa de la Corte:** Sita en 16 de Septiembre No. 38, Piso 1, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06000, México, D. F.
- ⇒ **DGRM:** **Dirección General de Recursos Materiales:** Sita en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 7, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F.
- ⇒ **DGR:** **Dirección General de Responsabilidades:** Sita en Av. Periférico Sur 4124, Pisos 2 y 5, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01900, México, D.F.
- ⇒ **DGSP:** **Dirección General de Servicios al Personal:** Sita en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 3, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F.
- ⇒ **DGT:** **Dirección General de Tesorería:** Sita en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 4, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F.
- ⇒ **DGT Corte** **Dirección General de la Tesorería de la Corte:** Sita en 16 de Septiembre No. 38, Piso 2, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06000, México, D. F.
- ⇒ **Día hábil:** Los días que se labore en el Consejo, comprendiéndose todos los del año, excluyéndose los sábados, domingos y los que establece la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación como inhábiles en el artículo 163, así como los que determine el Pleno del Consejo.
- ⇒ **Día natural:** Todos los días del calendario.
- ⇒ **Domicilio Fiscal del Consejo:** Insurgentes Sur Núm. 2417, Colonia San Ángel, C.P. 01000, México, D.F.; R.F.C.: CJF-950204-TL0.
- ⇒ **Firma autógrafa:** Firma completa (no facsímil) de propia mano de quien deba suscribir legalmente los documentos y propuestas del licitante.
- ⇒ **Identificación oficial:** Credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, Pasaporte vigente expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores o Cédula Profesional expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
- ⇒ **I.V.A.:** Impuesto al Valor Agregado.
- ⇒ **La Institución** Compañía aseguradora adjudicada.
- ⇒ **Licitación Nacional:** **Pública** Procedimiento de contratación en el cual los licitantes exclusivamente podrán presentar sus propuestas en forma documental y por escrito, en sobre cerrado, durante el acto de presentación y apertura de proposiciones, o bien, si así se prevé en la convocatoria a la licitación, mediante el uso del servicio postal o de mensajería.
- La o las juntas de aclaraciones, el acto de presentación y apertura de propuestas y el acto de fallo, se realizarán de manera presencial, a los cuales podrán asistir los licitantes, sin perjuicio de que el fallo pueda notificarse por escrito, ni por lo dispuesto en el artículo 327 del **Acuerdo General**.
- ⇒ **Licitante:** Persona moral que se registre y participe en el presente procedimiento (que acredite interés legal por haber adquirido las bases del concurso).
- ⇒ **Oficialía Mayor** **Oficialía Mayor de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:** Sita en Pino Suárez No. 2, Col. Centro, C.P. 06060, México, D.F.
- ⇒ **Pleno:** Pleno del Consejo de la Judicatura Federal.
- ⇒ **Poder Judicial de la Federación** Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.


DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

- ⇒ **Prestador de Servicios:** Persona moral que otorgue servicios de cualquier naturaleza, salvo los relacionados con la obra pública.
- ⇒ **SEA:** **Secretaría Ejecutiva de Administración:** Sito en Carretera Picacho Ajusco No. 170, piso 10, ala "A", Col. Jardines en la Montaña, Del. Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F.
- ⇒ **Servicios:** **Partida 1. Seguro de Gastos Médicos Mayores.**
Partida 2. Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente.
Partida 3. Seguro de Bienes Patrimoniales.
Partida 4. Seguro de Vehículos.
- ⇒ **Tribunal:** **Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación:** Sito en Av. Carlota Armero 5000, Col. CTM Culhuacán, C.P. 04480, México, D.F., con Registro Federal de Contribuyentes TEP 961122 B8A

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL PRESENCIAL CONSOLIDADA

No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015

“SEGUROS DE PERSONAS Y BIENES”

En cumplimiento con el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a lo dispuesto por el **Acuerdo General**, el **Consejo**, 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, México D.F.; teléfono 5449-9500 Ext. 2725 ó 2701 **CONVOCA** a las personas morales interesadas en la formulación de propuestas, relacionadas con la Licitación Pública Nacional Presencial Consolidada 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 y plurianual de los Seguros de Personas y Bienes propiedad del Poder Judicial de la Federación incluidos los servicios adicionales que ofrezcan los licitantes de acuerdo con las siguientes partidas y especificaciones de las presentes bases:

Partida 1: 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.
- Subpartida 1.3: Seguro de Gastos Médicos Mayores para Ministros, Magistrados y Jueces Jubilados.
- Subpartida 1.4: Seguro Voluntario de Gastos Médicos Mayores para Familiares de los Servidores Públicos en activo 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.

Partida 3: Seguro de Bienes Patrimoniales.

Partida 4: Seguro de Vehículos

- Subpartida 4.1: Seguro de vehículos institucionales.
- Subpartida 4.2: Seguro voluntario de vehículos propiedad de los servidores públicos, pensionados y jubilados.

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

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

Consejo de la Judicatura Federal		Suprema Corte de Justicia		Tribunal Electoral	
Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
103,851	110,000	8,572	9,100	4,050	4,950

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

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

1.1.1. Conceptos a considerar.

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

1.1.1.1. Reconocimiento de antigüedad.

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

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

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

1.1.1.2. Preexistencias.

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

1.1.1.3. Pago de complementos o colas.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas, desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2015 para las subpartidas 1.1. y 1.2, y desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2015, para las subpartidas 1.3. y 1.4., en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

1.2. MODIFICACIÓN A LA CANTIDAD DE LOS SERVICIOS Y VIGENCIA

El servidor público facultado para suscribir el contrato podrá, dentro del presupuesto aprobado y disponible, durante la vigencia del contrato, bajo su responsabilidad y por razones fundadas y explícitas, 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 contratados.

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

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

El periodo para la prestación de los servicios será con inicio de vigencia de las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2015 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2017 las 24 horas del día ininterrumpidamente. Asimismo, los servicios que se contraten en la presente licitación serán desarrollados conforme a lo establecido en las presentes bases y sus anexos.

1.4. 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**.

1.5. CONDICIONES DE ENTREGA DE LAS PÓLIZAS.

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

PARTIDA 1:

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

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

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

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

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

PARTIDA 2:

Respecto a la Partida 2, la Institución en coordinación del **PJF** deberá realizar una campaña de levantamiento de designación de beneficiarios de los servidores públicos a nivel nacional en un plazo máximo de 60 días hábiles posteriores a la notificación del fallo, debiendo entregar una base de datos de los asegurados y sus beneficiarios, por cada instancia Administrativa, tanto en medio magnético como copia del formato requisitado por el servidor público correspondiente con sello original de la Institución, y tendrá 40 días hábiles posteriores al cierre de dicho levantamiento para entregar de conformidad a las necesidades de cada instancia Administrativa los referidos certificados. Para el caso de los Servidores Públicos que no hayan actualizado la designación de beneficiarios, se indemnizara conforme al último formato requisitado.

PARTIDA 3:

Para el caso de la póliza de la partida 3, constituida por bienes patrimoniales propiedad del Poder Judicial de la Federación, la Institución la entregará dentro de un plazo de 30 días hábiles posteriores a la fecha de notificación de fallo, en la DGSP del Consejo, DGT de la Corte y en la Dirección de Administración de Riesgos de la CRHyEA del Tribunal Electoral.

Para las pólizas de casa habitación que contrate en forma voluntaria el servidor público, las entregará en un plazo máximo de 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar del Consejo, la Corte y el Tribunal, clasificadas conforme a los requerimientos de cada instancia.

PARTIDA 4:

Para el caso de las pólizas de la subpartida 4.1, constituidas por vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación, la Institución las entregará dentro de un plazo de 30 días hábiles posteriores a la fecha de notificación de fallo, las deberá entregar en la DGSG del Consejo, DGT de la Corte y en la Dirección de Administración de Riesgos de la CRHyEA del Tribunal Electoral.

Para la subpartida 4.2 conformada por los vehículos particulares propiedad de los servidores públicos, las entregará en un plazo máximo de 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

la base de datos de la población a asegurar del Consejo, la Corte y el Tribunal, clasificadas conforme a los requerimientos de cada instancia.

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

Para la Corte y el Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRHIA y en la Dirección de Administración de Riesgos de la CRHyEA, respectivamente, en el plazo señalado en el primer párrafo de este apartado.

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

1.6. CONDICIONES DE PAGO

Los servicios relativos a la Partida 1 (subpartidas 1.1, 1.2 y 1.3), se cubrirán por cada instancia del Poder Judicial de la Federación dentro de los 30 días naturales siguientes a la presentación de la factura, previa solicitud del Consejo, la Corte y el Tribunal, por ejercicio fiscal, sujeto a lo descrito en el punto "1.7 Recursos Económicos" de las presentes bases.

Para el caso de los servicios correspondientes a la prima básica de la Partida 2 se cubrirá por parte del Consejo, la Corte y el Tribunal, mediante pagos mensuales de conformidad con el calendario que se acuerde con 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 Poder Judicial de la Federación, para lo cual en el glosario se presentan los domicilios y datos fiscales de cada uno.

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

Para la partida 1 (subpartida 1.4), el pago se podrá realizar mediante descuento por nómina, terminal de tarjeta de crédito, transferencia vía electrónica, depósito bancario a la cuenta bancaria que el prestador de servicios adjudicado proporcione al Consejo, a la Corte y al Tribunal. Los asegurados cubrirán las primas correspondientes de acuerdo a la forma de pago solicitada, es decir, quincenal, mensual, trimestral, semestral o de contado, de conformidad a las necesidades de cada Instancia.

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

Los servicios relativos a la Partida 3 y subpartida 4.1, se cubrirán por cada instancia del Poder Judicial de la Federación dentro de los 30 días naturales siguientes a la presentación de la factura, previa solicitud del Consejo, la Corte y el Tribunal, por ejercicio fiscal, sujeto a lo descrito en el punto "1.7 Recursos Económicos" de las presentes bases.

En el caso de los endosos que se generen por inclusión de bienes o coberturas a las pólizas establecidas en la Partida 3 y subpartida 4.1, deberán contemplar el monto de la prima desde el momento de la solicitud de inclusión y hasta la terminación de la vigencia.

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

Para la subpartida 4.2 y las pólizas de casa habitación de la partida 3, que de manera voluntaria contraten los servidores públicos, la Corte, el Consejo y el Tribunal, acordarán con la Institución que sea adjudicada, el número de quincenas a descontar.

1.7. RECURSOS ECONÓMICOS

El ejercicio de los recursos para los años 2016 y 2017, 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 **03 al 05 de noviembre de 2015**, en:

- I. Las instalaciones de la **DGRM** del **Consejo**, 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 de la sección de "Servicios", "Convocatorias", en el apartado correspondiente a "Recursos Materiales y Servicios Generales".

Es obligatoria la inscripción al procedimiento y únicamente se realizará en el periodo comprendido del **03 al 05 de noviembre de 2015**, 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, México, D.F., C.P. 14210, presentando su identificación oficial.

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 Poder Judicial de la Federación 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 Poder Judicial de la Federación**, 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 prestadores de servicios que no cumplan con sus obligaciones contractuales por causas imputables a ellos y que, como consecuencia, causen daños o perjuicios al Consejo;
- e) Los prestadores de servicios que actúen con dolo o mala fe en algún procedimiento de contratación, en la celebración del contrato o durante su vigencia, o bien, en la presentación o desahogo de una inconformidad;
- f) Los prestadores de servicios que contraten servicios de asesoría, consultoría y apoyo de cualquier tipo de personas en materia de contrataciones gubernamentales, si se comprueba que todo o parte de las contraprestaciones pagadas al prestador del servicio, a su vez, son recibidas por servidores públicos por sí o por interpósita persona, con independencia de que quienes las reciban tengan o no relación con la contratación;
- g) Los prestadores de servicios que se encuentren en situación de retraso en las entregas de los bienes, en la prestación de los servicios, por causas imputables a ellos mismos, respecto de otro u otros contratos celebrados con el Consejo, 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
- j) Se haya rescindido contrato celebrado con la Corte, el Tribunal Electoral o el propio Consejo, por causa imputable al prestador de servicios o contratista 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 Consejo 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;

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

- 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 Consejo; 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 Secretaría Ejecutiva de Administración, 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 **Consejo**; 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 **Consejo** 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** (Corte, Consejo y Tribunal), los cuales habrán de adecuarse conforme al contenido de los anexos técnicos de cada seguro. Se suscribirá un contrato por cada partida y/o subpartida con LA INSTITUCIÓN que resulte adjudicada.

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 Consejo, en la Oficialía Mayor de la Corte y en la **CRHyEA** del Tribunal, 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 Consejo:

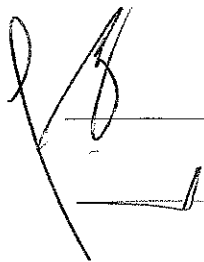
Si el interesado no firmará el contrato por causas imputables a él, en la fecha o plazo establecido en el párrafo anterior, el **Comité** podrá, sin necesidad de un nuevo procedimiento, adjudicar el contrato de la siguiente manera:

- 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 prestador de servicios 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 **Consejo, la Corte o el Tribunal**, 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 **Consejo, la Corte o el Tribunal** 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 **Consejo, la Corte o el Tribunal** 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 los otros Órganos del Poder Judicial de la Federación 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 INCUMPLIMIENTO 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 Consejo

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

Para la Corte y el Tribunal

Conforme a la norma que resulte aplicable.

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 Administrativo y demás que resulten aplicables para cada una de las instancias del Poder Judicial de la Federación, 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 Poder Judicial de la Federación, a solicitud del prestador de servicios, 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 Consejo

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

Para la Corte y el Tribunal

Conforme a la norma que resulte aplicable.

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**.

2.7.5. RESCISIÓN ADMINISTRATIVA DE LAS RELACIONES CONTRACTUALES

En caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador de servicios, por causas a él imputables la instancia facultada de la Corte, el Tribunal y Consejo 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 Poder Judicial de la Federación.

2.7.6. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS PAGADAS NO DEVENGADAS

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

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

2.7.7. TERMINACIÓN DE CONTRATO POR CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR

La Corte, el Tribunal y Consejo 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 Poder Judicial de la Federación.

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

La Corte, el Tribunal y Consejo 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 prestador 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 Poder Judicial de la Federación.

2.7.9. TERMINACIÓN POR MUTUO CONSENTIMIENTO

El contrato podrá darse por terminado por mutuo consentimiento cuando así convenga a los intereses de la Corte, Tribunal y Consejo así como del prestador de servicios, 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 Poder Judicial de la Federación.

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

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

La Corte, Tribunal y Consejo 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 Poder Judicial de la Federación.

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 Corte, Tribunal y Consejo. En ese supuesto a efecto de reiniciar los servicios se estará a lo dispuesto por el procedimiento de cada uno de los Órganos de del Poder Judicial de la Federación contemple.

2.7.12. TERMINACIÓN ANTICIPADA POR PARTE DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Los prestadores de servicios podrán solicitar a las instancias competentes a cada Órgano del Poder Judicial de la Federación, la terminación anticipada de los contratos por causa justificada, acompañado a su solicitud la documentación comprobatoria que estimen pertinente.

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

2.7.13. 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 Poder Judicial de la Federación, LA INSTITUCIÓN en un plazo no mayor de quince días hábiles, contados a partir de la fecha en que le sea comunicada la rescisión o terminación, haciendo del conocimiento en su caso a la instancia que corresponda a cada Órgano del Poder Judicial de la Federación.

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 Consejo, la Corte y el Tribunal, a presentar una póliza de fianza que garantice el cumplimiento de los contratos póliza que emita; sin embargo si deberá presentar la carta de garantía que se acompaña a las presentes bases como **Anexo 3**.

2.9. SUPERVISIÓN DEL SERVICIO

Para las partidas 1 y 2, los titulares de la DGRHIA de la Corte, la DGSP del Consejo y la CRHyEA del Tribunal, 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.

Para la Partida 3, los titulares de la DGT de la Corte, la DGSG del Consejo y la CRHyEA del Tribunal serán los administradores de los servicios establecidos en los contratos correspondientes respecto al Seguro de Bienes Patrimoniales propiedad del Poder Judicial de la Federación y en lo que se refiere al Seguro Voluntario de Casa Habitación propiedad de los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación serán los titulares de la DGRHIA de la Corte, la DGSP del Consejo y la CRHyEA del Tribunal 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 presenten en los términos solicitados.

Para la subpartida 4.1, los titulares de la DGT de la Corte, la DGSG del Consejo y la CRHyEA del Tribunal 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 presenten en los términos solicitados.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

Para la subpartida 4.2, los titulares de la DGRHIA de la Corte, la DGSP del Consejo y la CRHyEA del Tribunal 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 presenten en los términos solicitados.

2.10. PENAS CONVENCIONALES Y APLICACIÓN DE GARANTÍAS.

2.10.1. PENA CONVENCIONAL POR INCUMPLIMIENTO.

Para el Consejo de la Judicatura Federal:

Se aplicará una pena convencional, para el caso de incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones del prestador de servicios, 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 **Consejo**, la **Corte** o el **Tribunal**, según sea el caso, descontará el importe de las penas convencionales de los pagos pendientes de efectuar.

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 Corte y el Tribunal se precisa que se estará a lo dispuesto en su normativa vigente.

2.10.2. PENA CONVENCIONAL POR ATRASO

Sin perjuicio de lo que establece el punto que antecede, el incumplimiento en la entrega de Pólizas de contratación se sancionará de conformidad con lo establecido en el Anexo Técnico 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 **Consejo** 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.

Lo anterior, con independencia de la aplicación de la pena convencional por incumplimiento, la que se ajustará proporcionalmente al porcentaje incumplido y señalado en el artículo 415 del **Acuerdo General**.

Para la Corte y el Tribunal se precisa que se estará a lo dispuesto en su normativa vigente.

2.11. INCONFORMIDAD

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 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.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

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.

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

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

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

2.13. 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 prestador de servicios como patrón del personal que ocupe para cumplir con las obligaciones a su cargo previstas en el contrato, será el único responsable del cumplimiento de las disposiciones legales en materia de trabajo y previsión social en relación con dicho personal, por tal motivo, será responsable de todas las reclamaciones que sus trabajadores pudieran presentar en contra del **Consejo, Corte o Tribunal**.

2.15. CESIÓN DE DERECHOS

Los derechos y obligaciones que el prestador de servicios 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 Corte, Tribunal y Consejo 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 prestadores de servicios que resulten adjudicados, no podrán divulgar o aprovechar para beneficio o interés propio o de terceros los conocimientos e información propiedad del Poder Judicial de la Federación. Una vez terminada la vigencia de (los) contrato (s) respectivo(s), quedará(n) obligado(s) el (los) prestador(es) de servicios ganador(es) a

devolver toda la información que se le hubiere proporcionado, prevaleciendo la titularidad de la Corte, Tribunal y Consejo sobre todos los productos derivados de (de los) contrato(s) respectivo(s).

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

Asimismo, el prestador de servicios adjudicado estará obligado a proporcionar al Poder Judicial de la Federación, 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 Poder Judicial de la Federación (Corte, Tribunal y Consejo), lo solicite.

CAPÍTULO 3

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ PRESENTAR EL LICITANTE

En el acto de presentación 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 suficientes para comprometerse por sí o por su representada, mismo que contendrá los datos a que se refiere el artículo 302 de este **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 **Consejo**, 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, serán motivos 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. La documentación financiera y contable requerida en el punto 3.2.1.1 de este capítulo (sobre No. 1). A elección del licitante, esta información podrá presentarse dentro o fuera del sobre correspondiente.
- II. En un sobre cerrado de manera inviolable la propuesta técnica (sobre No. 2).
- III. En un sobre cerrado de manera inviolable la propuesta económica (sobre No. 3).

Los licitantes deberán presentar escrito bajo protesta de decir verdad con firma autógrafa del representante legal, dirigido al Consejo, de no encontrarse en ninguno de los supuestos del artículo 299 del Acuerdo General **Anexo 5**.

Dentro o fuera de los sobres de sus propuestas, los licitantes deberán presentar con el objeto de acreditar su personalidad un escrito en el que su firmante manifieste bajo protesta de decir verdad que cuenta con las facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, mismo que deberá contener los datos conforme al **Anexo 4**.

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

En el exterior de cada sobre se deberá señalar claramente a qué propuesta corresponde, número del procedimiento y el nombre del prestador de servicios 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, firmada 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 **Consejo** por conducto del servidor público que presida el acto, o de quien el 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.

3.2. 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 deberán cumplir con todas las estipulaciones contenidas en las presentes bases y calificar respecto de la revisión de la documentación financiera y contable presentada, así como de la evaluación técnica que se realizará a los servicios ofertados.

3.2.1. DOCUMENTACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

Los documentos referidos en los puntos **3.2.1.1** deberán presentarse dentro del **sobre No. 1** en **ORIGINAL** o copia certificada pasada ante la fe de Fedatario Público, así como copia simple para su cotejo y devolución del original o de la copia certificada correspondiente, dicha información deberá estar preferentemente escaneada y almacenada en un CD.

La presentación de los documentos contables fuera del sobre, no será causa de descalificación de los licitantes.

3.2.1.1 REQUISITOS FINANCIEROS Y CONTABLES

I. Estados Financieros

- a) Estados financieros legibles, en español y en moneda nacional, con el nombre y la firma del contador público que los elaboró, los cuales estarán integrados por el balance general y el estado de resultados con cierre al ejercicio inmediato anterior a la fecha en que se está llevando

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

a cabo el procedimiento de contratación, así como los parciales con una antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de la presentación de la propuesta, con los que se acredite la liquidez, la solvencia, capital contable y que no se encuentre en el supuesto de liquidación, adjuntándose copia legible por ambos lados de la cédula profesional de la persona que los elabora.

- b) Para los licitantes que estén obligados u opten por dictaminar sus estados financieros, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32-A del Código Fiscal de la Federación, deberán presentar los correspondientes al último o más reciente ejercicio que corresponda, conforme a los plazos establecidos en el artículo citado. Dichos estados financieros deberán corresponder al cuadernillo del Sistema de Presentación del Dictamen Fiscal (SIPRED) y se deberá adjuntar copia legible por ambos lados de la cédula profesional del Contador Público que los dictaminó, en su caso, los correspondientes al Sistema de Presentación de Información Alternativa al Dictamen (SIPIAD).
- c) Los licitantes que formen parte de un grupo en los términos de la fracción II, inciso c), del presente numeral y se encuentren en el supuesto del inciso anterior, deberán proporcionar adicionalmente los estados financieros de los tres ejercicios inmediatos anteriores a la fecha en que se esté llevando a cabo el procedimiento de contratación, así como la demás información que se refiere en el presente numeral, de las sociedades que directa o indirectamente sean propietarias de más del 51% de sus acciones con derecho a voto representativas del capital social.

En el supuesto del párrafo anterior, el participante, sea persona física o moral, sólo estará obligado a presentar los estados financieros correspondientes desde el inicio de sus actividades, cuando por la antigüedad de las mismas, no cuente con la información de los últimos tres ejercicios.

II. Protesta de decir verdad:

- a) Los licitantes o sus representantes legales deberán declarar bajo protesta de decir verdad "que los estados financieros que proporcionan se encuentran apegados a las Normas de Información Financiera aplicables".
- b) Los licitantes deberán declarar bajo protesta de decir verdad, que no son objeto de embargo, huelga estallada, concurso mercantil o liquidación; o bien que no se encuentran sujetas a concurso civil de conformidad con la legislación aplicable; y
- c) Los licitantes deberán declarar bajo protesta de decir verdad que no forman parte de un grupo, entendiéndose por grupo, lo que establece el último párrafo del artículo 24 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta;

III. Copia fotostática simple de la Declaración Anual del Impuesto Sobre la Renta, correspondiente al ejercicio fiscal anterior a la fecha en que se esté llevando a cabo el procedimiento de contratación, legible y con todos sus anexos, incluyendo el acuse de recibo que contiene el número de operación registrada y el sello digital;

IV. En caso que el licitante interesado haya iniciado recientemente operaciones, o en el supuesto de que su inicio de operaciones ocurra en el presente año, la información mínima que deberá presentar serán los estados financieros parciales con una antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de presentación de la propuesta correspondiente, según lo establece

la fracción I, inciso a) del presente numeral, además de la documentación señalada en la fracción II.

3.3. PROPUESTA TÉCNICA

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

- I. La descripción detallada de las partidas 1, 2, 3 y 4.
- II. Carta de autorización emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para operar el ramo en el que presenten propuestas. Los licitantes deberán constituir la reserva a la que se refiere la Circular Única de Seguros y Fianzas publicada en el DOF el 19 de diciembre de 2014, Capítulo 5.- De las reservas técnicas, emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- III. Los demás documentos solicitados en bases y en sus anexos, deberán integrarse en la propuesta técnica.
- IV. Currículum del licitante.
- V. 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 del Distrito Federal y Zona Metropolitana, en donde tiene representación el Poder Judicial de la Federación.
- VI. Para las partidas 1, 2, 3 y 4 deberán presentar el número de oficinas, módulos de servicios y representación a nivel nacional, mismos que deberán cubrir todas las localidades en las que se ubican oficinas del Poder Judicial de la Federación, en caso de no contar con ellos tendrán que firmar una carta compromiso para subsanar la ausencia de estos.
- VII. Cualquier propuesta de mejoras o beneficios a todas las partidas y subpartidas, diferentes a las coberturas adicionales solicitadas, siempre y cuando no representen ningún costo para el Poder Judicial de la Federación, como valores agregados en el entendido que será potestativo su aceptación, destacando que el requisito establecido en esta fracción no será motivo de evaluación.
- VIII. Para la subpartidas 1.1, 1.2, 1.3 y 1.4 deberán presentar carta en la que manifieste precios preferenciales para check up, servicio de farmacia por pago directo a domicilio, segunda opinión médica internacional, programación de cirugía programada vía correo electrónico e Internet en menor tiempo que el establecido en las condiciones generales de la póliza, establecer tiempos de entrega de emisión de recibos fiscales correspondientes a las primas a cargo de los servidores públicos. Asimismo deberán proporcionar el directorio de prestador de servicios con los que tengan convenio para ofrecer descuentos a los asegurados (laboratorios, farmacias, equipo médico y ortopédico, etc.)
- IX. Las instituciones deberán proporcionar el tabulador correspondiente a Tabla de Intervenciones Quirúrgicas de 39 y 60 SMGMVDF, tanto para pago directo como para reembolso por cada procedimiento médico o quirúrgico.

3.4. PROPUESTA ECONÓMICA

La oferta económica (**sobre No. 3**) deberá presentarse por escrito firmada por el licitante o su representante legal, 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 el cual, además, se incluirán los costos relativos a la potenciación en los términos y condiciones señalados en la fracción III del punto 3.3.

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

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

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

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

Para las partidas 3 y 4, se deberá asentar la prima total a pagar.

Se recomienda que los precios vengan protegidos con cinta adhesiva.

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

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

3.4.2. VIGENCIA DE LA PROPUESTA

Los concursantes cotizarán precios fijos en Moneda Nacional, durante la vigencia de la póliza, de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2015 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2017.

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 Consejo o cualquier otro que no tenga por objeto determinar objetivamente la solvencia de la propuesta presentada. En ningún caso, podrán suplirse las deficiencias sustanciales de las propuestas presentadas que determine el **Consejo**.

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

4.1. EVALUACIÓN FINANCIERA

La documentación financiera presentada por los licitantes, estará sujeta a un análisis a fin de acreditar a satisfacción del **Consejo** su solvencia financiera, para lo cual **DGPP**, elaborará dictamen resolutivo financiero, el cual se sujetará a lo siguiente:

La documentación financiera solicitada en el numeral 3.2.1., estará sujeta a un análisis de la situación financiera de cada licitante, a efecto de valorar su liquidez, solvencia y capital contable y ponderar financieramente su capacidad de contratación con el **Consejo**. Adicionalmente se confirmará que no se encuentre en el supuesto de liquidación, aplicando las razones financieras de liquidez, prueba del ácido y capital de trabajo, conforme a lo siguiente:

Razones financieras	Formula	Resultado favorable
Índice de Prueba del Ácido	$(\text{Activo Circulante} - \text{Inventarios}) / \text{Pasivo Circulante}$	$> \text{ó} = 1.0$
Índice de solvencia	$(\text{Activo Total} / \text{Pasivo Total})$	$> \text{ó} = 1.0$
Índice de margen operativo	$(\text{Utilidad operativa} / \text{Ventas netas})$	> 0

En el caso de empresas que formen parte de un grupo, el margen operativo que se analizará será el correspondiente al del último ejercicio fiscal, de cada una de ellas.

En la participación de sociedades de nueva creación que inicien actividades, se analizará el margen operativo que arroje sus estados financieros sólo en caso de que hubiese transcurrido un periodo mayor a 12 meses contados, a partir del inicio de sus actividades, si no hubiese transcurrido dicho periodo, el dictamen financiero se emitirá sin analizar el margen operativo de dichas empresas.

Se emitirá Dictamen Resolutivo Financiero como "No Favorable", en cualquiera de los siguientes casos:

- I. Que no se cumpla con la presentación, en los términos establecidos, de los documentos exigibles en el **Acuerdo General** vigente, y en las bases;
- II. Que alguna de las operaciones de las razones financieras a utilizar en el análisis, descrito en las tablas, no arroje un "Resultado favorable".
- III. Que en los Estados Financieros se detecten errores aritméticos en los importes de los rubros que lo integran, y por lo tanto, no cumplan con el principio de igualdad en los totales del Activo con el de la suma del Pasivo y Capital Contable, o el Resultado del Ejercicio (Utilidad o Pérdida) manifestado en el Estado de Situación Financiera sea distinto al reportado en el Estado de Resultados.
- IV. Si se advierte que se trata de una sociedad que se ubica en los supuestos de la fracción II, inciso b) del numeral 3.2.1. de las presentes bases o se trata de persona física que se encuentra sujeta a concurso civil de conformidad con la legislación aplicable.
- V. Que los Estados Financieros presentados, al compararse con lo manifestado en la declaración anual del impuesto sobre la renta, o cuando sea el caso, al compararse con el dictamen para efectos fiscales, (SIPRED o SIPIAD), presenten diferencias que comprometan la solvencia o liquidez de la participante, o impidan tener certeza sobre la información presentada.
- VI. Que la participante haya presentado información incompleta, contrario a lo establecido en las disposiciones legales aplicables, que impida el análisis completo de su situación financiera o tener certeza de la información presentada; y
- VII. Que en caso de participación conjunta, una o varias de las co-participantes sea dictaminada como "No Favorable" por cualquiera de los supuestos anteriores.

4.2. EVALUACIÓN TÉCNICA

Las propuestas técnicas serán objeto de evaluación conjunta por parte de la DGSP del Consejo, DGRHIA de la Corte y la CRHyEA del Tribunal, para las partidas 1 y 2. Para las partidas 3 y 4 la DGSP y DGSG del Consejo, DGRHIA y DGT de la Corte y la CRHyEA del Tribunal, a fin de verificar que cumplan con las condiciones y requerimientos técnicos, calificando únicamente aquellos licitantes que cumplan con la totalidad de los aspectos requeridos en las presentes bases, debiendo emitir el dictamen resolutivo técnico correspondiente.

Los licitantes deberán ofertar por partida completa en el caso de las partidas 1, 2 y 3, para la partida 4 se deberá ofertar por subpartidas.

4.3. 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 prestadores de servicios 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.

4.4. CRITERIOS PARA LA ADJUDICACIÓN DE CONTRATOS

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

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

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 Consejo y/o los antecedentes del costo del servicio.

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

Para la Partida 1

Se adjudicará completa a la 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 (potenciaciones y 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 Poder Judicial de la Federación. 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 incremento que resulte de la inflación de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor (Índice General Anual) del periodo enero 2012 a agosto 2015 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 Poder Judicial de la Federación realizar la contratación exclusivamente por las Primas Básicas y/o con las Coberturas Adicionales, lo cual estará sujeto para los ejercicios 2016, 2017, al presupuesto que apruebe la H. Cámara de Diputados, así como al calendario de gasto que se autorice al PJP, quedando en el entendido que no sufrirá penalización alguna por la variación que ocurra en las asignaciones presupuestales por la conformación y monto del presupuesto que sea aprobado.

Para 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 en las que el porcentaje de la prima de seguros sea superior al porcentaje actual de las primas de potenciación de los servidores públicos.

Para la Partida 3

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. La cotización de las primas de seguros de las casas habitación propiedad de los servidores públicos no formará parte del criterio de adjudicación.

Para la Partida 4

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

4.5. 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 Poder Judicial de la Federación, 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**.

4.6. MOTIVOS 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. El **Consejo** podrá girar invitaciones que estime convenientes a Testigos Sociales.

5.1. ACTO DE ACLARACIÓN A LAS BASES

El acto de aclaración a las bases se efectuará el **11 de noviembre de 2015 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.

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 sandra.ocampo.gonzalez@correo.cjf.gob.mx, aldo.velazquez.arias@correo.cjf.gob.mx y licitacionseguros@correo.cjf.gob.mx a más tardar el día **09 de noviembre de 2015**, 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 **09:45 horas** en punto y se cerrará a las **10:00 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, México D.F.

La asistencia al acto de aclaraciones no será requisito indispensable para presentar propuesta; sin embargo, no se realizarán aclaraciones fuera del propio acto, salvo que, a juicio del **Consejo** a través de la **DGRM**, previa opinión del área competente 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 el sobre cerrado conforme a este numeral al titular de la **DGRM**.

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.

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS MATERIALES
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS

El **Consejo** 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 **17 de noviembre de 2015 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 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 documentación financiera y contable, esta documentación podrá entregarse sin sobre, **2)** la propuesta técnica y **3)** la propuesta económica, que estarán debidamente rotulados con referencia al concurso de que se trata, la empresa proponente y el contenido del sobre, con excepción del **sobre No. 1**, los demás deberán estar cerrados de manera inviolable.

Posteriormente, se procederá a la apertura de los tres 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.

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 financiero, técnico y económico, que emitan las áreas correspondientes en términos de los artículos 303, 304 y 305 del **Acuerdo General**.

La documentación presentada quedará en custodia de la **DGRM** y será devuelta transcurrido 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.

En el mismo acto de presentación 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 las facultades suficientes para comprometerse por sí o por su representada, mismo que contendrá los datos a que refiere el artículo 302 del Acuerdo General, consistentes en:

- A. Razón o denominación social de la persona moral, así como de su apoderado o representante legal;
- B. Cédula de identificación fiscal o constancia de registro fiscal y domicilio fiscal;
- C. Objeto social, escritura constitutiva y datos de inscripción de la persona moral, así como sus modificaciones; nombre, razón o denominación social de socios y accionistas;
- D. Instrumento en el que constan las facultades del apoderado o representante, así como su identificación oficial vigente.

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 **27 de noviembre de 2015 a las 16:00 horas**, iniciándose el registro de licitantes a las **15:45 horas** en punto, cerrándose a las **16:00 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 **Consejo 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.

5.4. DICTAMEN LEGAL

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

- I. Nombre de la persona física o razón o denominación social de la persona moral, así como el de su apoderado o representante legal;

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

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

- II. Cédula de identificación fiscal o constancia de registro fiscal (original, copia certificada o 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 de la persona física licitante y, en su caso, de su apoderado o representante legal; y
- V. Instrumento en el que constan las facultades del apoderado o representante, así como su identificación oficial vigente el cual podrá estar o no inscrito en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio, de acuerdo al artículo 21 del Código de comercio.

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 **Consejo** 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.

Ciudad de México, D. F., a 03 de noviembre de 2015

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 PRESENCIAL CONSOLIDADA
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015

Anexo Técnico

ANEXO 1

PARTIDA 1

Gastos Médicos Mayores



PROCEDIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN (SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL Y EL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN), PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2015 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2017.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación de los Seguros del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2015 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2017.

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

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

La siniestralidad del Poder Judicial de la Federación se entregará a los licitantes al momento de registrarse en el procedimiento de licitación.

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación del Seguro de Gastos Médicos Mayores para personal Operativo, Mandos Medios y Funcionarios Superiores del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2015 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2017.

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

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

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

4. Las empresas participantes deberán presentar propuesta de los siguientes formatos.
 - Multifomato para Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos, Modificación de Suma Asegurada, Cambio de Adscripción, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:
 - a. DATOS GENERALES.
 - Altas, Bajas de Asegurados, Modificación de Datos (Sumas Aseguradas, Cambios de Adscripción, etc).
 - Inicio de Movimiento.

b. DATOS DEL SOLICITANTE

- RFC.
- No. de expediente.
- Teléfono.
- Póliza No.
- Clave de Adscripción.
- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
- Calle y número.
- Colonia.
- Código Postal.
- Estado.
- Delegación o Municipio.
- Ciudad o Población.

c. DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS.

- Nombre, apellido paterno, apellido materno.
- Fecha de Nacimiento.
- Sexo.
- Parentesco.

5. Una muestra de cada una de las pólizas de los Seguro de Gastos Médicos Mayores y formatos correspondientes para trámites de programación de cirugía y de reembolso.
6. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.

a).- Uso de los Sistemas y Base de Datos:

Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las tres instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

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

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

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución la fecha de pago correspondiente a la prima básica a cargo de las instancias.
- Asimismo la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución, los campos y tipo de archivo que deberán enviar para la conciliación y la información relativa a la cobranza

quincenal vía nómina a cargo de los servidores públicos (incremento de suma asegurada, aseguramiento de hijos mayores de 25 años y/o el aseguramiento de los ascendientes) de conformidad con el calendario establecido por las Instancias.

- Las conciliaciones de cobranza se llevarán a cabo por cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, conjuntamente con el personal de la Institución ganadora.

c).- Servicios:

- La Institución deberá contar con un Centro de Atención Telefónica Gratuito, las 24 horas del día, los 365 días del año; asimismo deberá contar con personal especializado que conozca e informe las condiciones del Poder Judicial de la Federación y que proporcione la atención de manera directa en caso de algún siniestro.
- La Institución deberá asignar al menos un Ejecutivo de cuenta o un Coordinador para las tres Instancias Administrativas (SCJN, CJF, TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional, las 24 horas los 365 días del año.
- La empresa deberá proporcionar e instalar a su costo, como mínimo un Módulo de Atención en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, tres en el Consejo de la Judicatura Federal (dos ubicados en el Distrito Federal y otro en Guadalajara Jalisco) así como uno en el Tribunal Electoral, que otorguen servicios de acuerdo a los horarios de cada instancia (9:00 a.m. a las 7:00 p.m.).
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia, reportes mensuales de siniestralidad, de acuerdo al siguiente formato:
 - Número de siniestro.
 - Fecha de primer gasto.
 - Fecha de pago.
 - Lugar del siniestro.
 - Nombre de titular
 - Nombre del paciente
 - Número de expediente y adscripción.
 - Descripción del padecimiento.
 - Nombre del hospital o proveedor.
 - Suma asegurada con la que se apertura el siniestro.
 - Deducible, y en su caso, coaseguro.
 - Importe pagado sin IVA.
 - Desglose de IVA.
 - Total de pago
 - Tipo de pago (inicial o complemento, en su caso que número es).
 - Remanente de suma asegurada.

7. Entrega de las Pólizas:

- La Institución entregará las pólizas del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo, Mandos Medios y Funcionarios Superiores, tanto en la zona metropolitana como en el Interior de la República, en un plazo máximo de 45 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar por cada instancia Administrativa, clasificadas de conformidad a los requerimientos de cada instancia.

- En el caso de las pólizas correspondientes a la Corte y al Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRHIA y en la CRHyEA.
- En el caso del Consejo, las pólizas correspondientes a la zona metropolitana se entregarán en la DGSP y para el interior de la República, la Institución deberá enviarlas directamente a las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la Dirección General de Servicios al Personal del Consejo de la Judicatura Federal. Las Administraciones y Delegaciones se encuentran ubicadas en las ciudades descritas en la tabla de Unidades Administrativas del presente anexo técnico.
- La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas de Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Operativo, Mandos Medios y Funcionarios Superiores del Poder Judicial de la Federación.
- Las pólizas deberán integrarse de la siguiente forma:
 - a) Los certificados de póliza deberán contemplar el nombre de cada asegurado titular, dependientes y parentesco, suma asegurada, deducible, coaseguro (**nota al calce que especifique porcentaje de acuerdo a Restricción de Hospitales**), tabla de IQ contratada, así como la fecha en que son impresos.
 - b) Tarjeta de identificación de cada asegurado que contenga la vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, tabla de IQ contratada y teléfonos de la aseguradora en caso de siniestro.
 - c) Los formatos de trámites, guía de reclamaciones, directorio de hospitales y las condiciones generales de las pólizas deberán entregarse a cada instancia administrativa de manera electrónica, así como su disponibilidad en página electrónica exclusiva para el Poder Judicial de la Federación.

- Pena convencional por atraso:

Para las subpartidas 1.1, 1.2 y 1.3, el incumplimiento en la entrega de las pólizas de contratación 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 por cada día hábil de retraso en la entrega de los mismos, el cual no podrá exceder el 10% del monto del contrato.

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

8. Mecanismo para la exención de depósito hospitalario:

Para la partida 1. Gastos Médicos Mayores, la aseguradora 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 el 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.

SUBPARTIDA 1.1

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

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. ASEGURADO.

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

A manera de ejemplo:

- Acta de matrimonio.
- Constancia de concubinato emitida por la autoridad correspondiente, testimonio notarial o actas de nacimiento de hijos en común.
- Constancia de convivencia conyugal.

2. ACCIDENTE CUBIERTO.

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

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

3. ENFERMEDAD CUBIERTA.

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

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

4. GASTO MÉDICO MAYOR.

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

5. ENFERMEDAD CONGÉNITA.

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

6. EMERGENCIA MÉDICA.

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

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

7. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Es aquella alteración de salud:

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

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

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de "LA INSTITUCION", en acudir ante un arbitraje privado, previo acuerdo entre ambas partes en términos de la Circular 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 INSTITUCION" acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someta a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al

reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

8. COLAS DE SINIESTROS.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2015, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. PERÍODO DE ESPERA.

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

Con la utilización 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.

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

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

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

11. SUMA ASEGURADA.

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

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

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

La suma asegurada se reinstalará automáticamente, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada.

12. DEDUCIBLE.

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

<i>Titular, cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo e hijos (menores de 25 años y mayores de 25 años)</i>	1 SMGMVDF
<i>Ascendientes (Padres, suegros)</i>	3 SMGMVDF

13. COASEGURO.

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

Se pagará coaseguro de conformidad a los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES con un tope máximo de \$30,000.00 M.N.

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.

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.

18. CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR.

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

19. RED MÉDICA.

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

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

20. COORDINACIÓN MÉDICA.

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

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

21. PAGO DIRECTO.

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

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

22. REEMBOLSO.

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien "LA INSTITUCION" no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando el deducible obligatorio y, 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 INSTITUCION" liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. CONTRATANTE.

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

25. ENDOSO.

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

26. PERÍODO DE GRACIA.

Es el lapso de treinta días naturales, a partir del aviso de cobro y conciliación respectiva para liquidar las primas que 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 INSTITUCION" en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre del Asegurado Titular, personas designadas por el Asegurado Titular y parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, 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 INSTITUCION" en la fecha de alta al seguro, con las siguientes características: Nombre del asegurado, vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro y datos de identificación de la póliza.

30. "LA INSTITUCION".

La aseguradora.

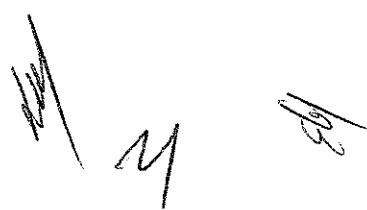
31. TABLA DE I.Q. (TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS/QUIRÚRGICOS)

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCION" por pago de honorarios médicos quirúrgicos de hasta 39 SMGMVDF 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.

Los servidores públicos podrán voluntariamente contratar la "Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos" hasta 60 SMGMVDF mediante el pago total de la prima de seguro correspondiente.

32. DERECHO DE CONVERSIÓN

Permite convertir la póliza institucional en individual cuando el servidor público cause baja por cualquier motivo del Poder Judicial de la Federación.



CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

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

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

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas anteriormente, desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2015, 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 la receta. Dichos documentos deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
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 INSTITUCION"; aplicable en reembolso, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

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

En el caso de reembolso la compañía aplicará los tabuladores 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 anestesta se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.
El total de estos conceptos será lo máximo a pagar por "LA INSTITUCION".
5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito 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.
6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
7. Equipo de anestesia y material médico.
8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubierta.
10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto. 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 cubierto el límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es, hasta en su caso, la suma asegurada si el evento está cubierto.
12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del Médico tratante.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad 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 INSTITUCION" 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 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, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en esta póliza.

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

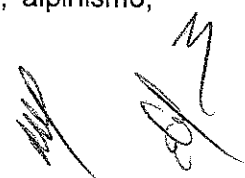
17. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente póliza siempre y cuando sea por prescripción médica.

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

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

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

Tauromaquia, automovilismo, motociclismo terrestre o acuático, ciclismo, esquí en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yate, etc.) buceo, equitación, charrería, polo, hockey, alpinismo,



montañismo, espeleología, rapel, deportes aéreos y similares, velideltismo, boxeo, lucha libre o grecorromana, karate, artes marciales, etc.

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

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

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

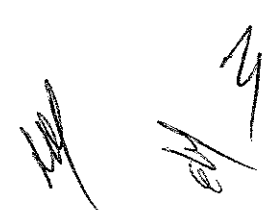
23. Gastos propios del recién nacido sano, así como su atención pediátrica en condiciones normales hasta lograr su incorporación al seno familiar. Ampara los gastos originados sin aplicación de deducible y coaseguro establecidos en la póliza, siempre y cuando el pediatra o neonatólogo que lo atendió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

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

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

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

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



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

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

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

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 anestesiista, medicamentos intrahospitalarios y postparto siempre y cuando, éstos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente.

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

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

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

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

Tratándose de la Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la presente póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho 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 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal).

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

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.

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

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

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

28. Tratamiento médico y quirúrgico derivado del trasplante de 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 el establecido en la Cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, según corresponda.

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

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

29. Tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia, y similares, siempre y cuando el número de dioptrías sea igual o mayor a 3



dioptrías por padecimiento y por cada ojo. Se otorga por única vez durante la vigencia de la póliza, independientemente si el gasto fue en uno o en ambos ojos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. SERVICIOS AGREGADOS.

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

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

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

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

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

36. 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

TRATAMIENTOS DENTALES: Para el caso de enfermedad por tratamientos dentales, alveolares o gingivales 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 y periodoncia, 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.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA: Beneficio amparado para Titular, Cónyuge e Hijos(as) hasta 25 años de edad, pudiendo ser extensiva mediante la contratación voluntaria de esta cobertura y pago de prima por parte del trabajador para los Hijos(as) mayores de 25 años de edad y Ascendientes (padres y/o suegros).

Esta cobertura se otorgará de la siguiente forma:

- La Reinstalación de Suma Asegurada, se otorgará siempre y cuando el asegurado cuente con incremento de suma asegurada al menos a la siguiente opción respecto a su suma asegurada básica.
- La reinstalación será por una sola ocasión para cada enfermedad o accidente, cuyo monto será del total de la suma asegurada contratada por el servidor público a la fecha del primer síntoma o gasto del siniestro.
- Los siniestros que podrán contar con esta cobertura serán los que tengan como fecha de primer síntoma o gasto a partir del 31 de diciembre de 2011.
- Los siniestros que cuenten con suma asegurada remanente, derivada de la reinstalación de suma asegurada por un accidente o enfermedad cubiertas, durante el periodo 2012-2015, se cubrirá hasta el remanente de la misma sin derecho a una nueva reinstalación.

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 abrió el siniestro y no haya tenido periodo al descubierto.

COMPLICACIONES DEL PARTO, CESAREA O ABORTO INVOLUNTARIO: Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertos hasta por una suma asegurada máxima de 30 SMGMVDF, 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.

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

OBESIDAD MÓRBIDA. la cual se define generalmente como:

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

E. EXCLUSIONES.

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

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

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie o cirugías por cambio de sexo.
4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.
5. Gastos por gestión administrativa en hospitales.
6. Tratamientos dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual está cubierta.
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, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
16. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado.
17. Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
18. Práctica profesional de cualquier deporte.
19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
20. Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.
21. Control, vigilancia y atención prenatal.
22. Estudios realizados a posibles donadores, salvo los amparados en el numeral 27 del Apartado B, de las Condiciones Generales.
23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.
24. Honorarios de ayudantes en el parto o aborto involuntario.
25. Complementos vitamínicos.
26. 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 y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y "LA INSTITUCION", bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de esta póliza.

2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

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

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

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de 2015 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2017.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

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

5. NOTIFICACIONES.

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

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

6. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que "LA INSTITUCION" haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha

realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

7. MONEDA.

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

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

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

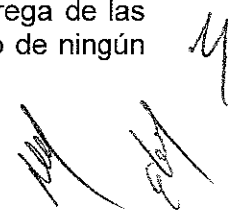
Mientras esté en vigor la presente póliza, "LA INSTITUCION" incluirá bajo la protección de la misma con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a "LA INSTITUCION", indicándole la protección que le corresponda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

Únicamente se podrá solicitar el alta de nuevos dependientes económicos que actualmente no estén asegurados en la póliza, la baja de algún asegurado y/o la potenciación de suma asegurada del 31 de diciembre de 2015 al 15 de febrero de 2016 y del 4 de abril de 2016 al 15 de abril de 2016; después de este plazo no podrán solicitar trámites de aseguramiento o cancelación por estos conceptos. Mismo periodo aplica para 2017.

La potenciación de suma asegurada se podrá realizar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza.

Para efectos de la aplicación de la cobranza (quincena 03/2016), los servidores públicos contarán con el periodo del 04 al 20 de enero de 2016, en caso de que para la nueva vigencia no deseen la renovación de sus dependientes económicos (hijos mayores de 25 años, padres, suegros) o quieran cancelar o modificar la potenciación de suma asegurada en el Seguro de Gastos Médicos Mayores, a fin de evitar descuentos en nómina por estos conceptos. Mismo periodo aplica para 2017.

Después del periodo específico avisado por su área de Recursos Humanos de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación del 31 de diciembre de 2015 hasta el 15 de febrero de 2016, durante la vigencia de la póliza y después de los 45 días posteriores a la entrega de las pólizas a los servidores públicos, no se podrá solicitar la baja o cancelación en el seguro de ningún



dependiente económico (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos menores de 25 años, hijos mayores de 25 años, padres y/o suegros), ni se podrá solicitar la disminución o cancelación de la potenciación de suma asegurada. Mismo periodo aplica para 2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Contratante.

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

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

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

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



II. De "LA INSTITUCIÓN"

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

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

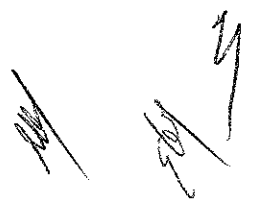
c) Revisar y conciliar con la Instancia Administrativa la aplicación de la cobranza que le fue entregada por el pago de las primas adicionales a cargo del servidor público que se descuentan vía nómina, de conformidad al calendario establecido por cada Instancia Administrativa y con las características 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 INSTITUCION" o en formato preimpreso el directorio de hospitales y médicos en convenio, así como los laboratorios, gabinetes y farmacias actualizado a la fecha de entrega.

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 Sinistro, Póliza, Suma Asegurada en salarios mínimos, suma asegurada en pesos, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), Inicio de vigencia termino 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, 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, 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 INSTITUCION" podrá solicitar en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que "LA INSTITUCION" tenga la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

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

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, "LA INSTITUCION" estará obligada a reembolsar el

100% de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese Asegurado y el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad real.

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

11. RESIDENCIA.

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

12. PRIMAS.

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

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

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

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

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

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

13. PERIODO DE GRACIA.

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

14. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

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

PAGO DE RECLAMACIONES.

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

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

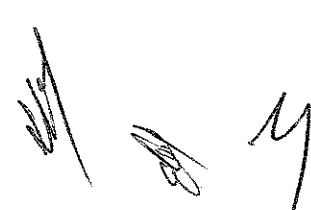
Si dentro de esos 30 días un asegurado llegase a requerir de los servicios Médicos de una Institución Hospitalaria en los términos amparados por la póliza que no se encuentre en convenio con la Red Médica con "LA INSTITUCION", esta compañía se compromete a coordinar el pago directo de las erogaciones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

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

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

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

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



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

15. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los Sistemas de Pago previstos son:

a) PAGO DIRECTO.

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

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

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

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

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

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

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

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

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

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

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

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad y que simultáneamente utilicen Hospitales y Médicos de la Red Médica o Médicos que no siendo de convenio acepten los tabuladores, el Asegurado pagará coaseguro de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00, y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a sus honorarios, salvo la obligación en su caso del deducible y los gastos no cubiertos de acuerdo a las Condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su egreso del hospital.

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

b) REEMBOLSO.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, y que se soliciten por el sistema de reembolso, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. El deducible y coaseguro contratados se especifican en la carátula y/o certificado individual y/o tarjeta de identificación expedida por "LA INSTITUCION".

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

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza.
2. A la cantidad resultante se descontará en su caso primero el deducible y después en su caso la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N., 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 INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

c) PAGO MIXTO.

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

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

d) COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

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

16. OTROS SEGUROS.

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

deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra Institución.

17. COMPETENCIA.

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

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

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

18. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA 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 de acuerdo con 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.

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

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

21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El Poder Judicial de la Federación podrá participar en las utilidades que obtenga "LA INSTITUCION" en este seguro al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas pagadas menos siniestros ocurridos del ejercicio de todas las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación. 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 INSTITUCION" efectuará al final de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza, previo requerimiento del pago por parte del Contratante, las operaciones siguientes:

a) Al 80% (ochenta por ciento) de todas las primas pagadas y devengadas del periodo vencido, se deducirá el importe de los siniestros reclamados del propio periodo.

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.

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

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

Suma Asegurada Básica	Sin potenciación o potenciación hasta 333 SMGM			Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro*	
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF 185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "A"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	20%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10% con tope máximo de \$30,000.00 M.N.
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	15%	
185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF 185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	

Con potenciación a partir de 444 SMGM				Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
Suma Asegurada Total	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
444 SMGMVDF 592 SMGMVDF 740 SMGMVDF 1,000 SMGMVDF	Tipo "A", "B", o "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10% con tope máximo de \$30,000.00 M.N.

La aplicación de deducible es obligatoria por única vez para cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, el coaseguro se aplicará de conformidad al uso de hospital en cada siniestro, en cuyo caso el tope máximo será de hasta \$30,000.00 M.N.

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

Nota.- Esta relación de hospitales es enunciativa más no limitativa.

23. DERECHO DE CONVERSIÓN

Los asegurados con el derecho de conversión, serán aquellos titulares que dejen de pertenecer a la colectividad asegurada con sus dependientes 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, 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 Aseguradora 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),
 - Comprobante de domicilio (recibo de teléfono o luz o predial)

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.

Nombre	Dirección	Correo electrónico	Teléfono

La siniestralidad de las pólizas individuales no comparte siniestralidad con la generada en esta póliza.



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

POBLACIÓN S.C.J.N.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL
OPERATIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.1)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	1		756				757
20-24	F	29	11	194				234
25-29	F	93	37		84			214
30-34	F	119	82		20			221
35-39	F	150	121		2			273
40-44	F	164	133		3			300
45-49	F	121	95			4		220
50-54	F	91	86			6		183
55-59	F	83	46		1	15		145
60-64	F	56	21			34	1	112
65-69	F	26	10			28	1	65
70-74	F	4	3			18	6	31
75-79	F	4				14	2	20
80-84	F	1	1			16	2	20
85-89	F					5		5
90-94	F					1		1
95-99	F							0
Total Sexo Femenino		942	646	950	110	141	12	2,801

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M			745				745
20-24	M	39		196				235
25-29	M	108	9		83			200
30-34	M	109	24		26			159
35-39	M	182	37		12			231
40-44	M	185	61					246
45-49	M	161	50		1	2		214
50-54	M	120	38			3		161
55-59	M	79	36			6		121
60-64	M	43	24			5		72
65-69	M	22	13			13	1	49
70-74	M	9	5			8	3	25
75-79	M	4	3			11	4	22
80-84	M	1	1			6	1	9
85-89	M							0
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

1,062	301	941	122	54	9	2,489
--------------	------------	------------	------------	-----------	----------	--------------

Total

2,004	947	1,891	232	195	21	5,290
--------------	------------	--------------	------------	------------	-----------	--------------

POBLACIÓN C.J.F.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL
OPERATIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.1)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F	22	19	8248				8289
20-24	F	949	207	1564				2720
25-29	F	2088	658		529			3275
30-34	F	2055	895		144			3094
35-39	F	2237	806		33	2		3078
40-44	F	2035	775		7	21		2838
45-49	F	1617	538		1	72	1	2229
50-54	F	1129	379			159	1	1668
55-59	F	711	241			259	9	1220
60-64	F	303	100			320	13	736
65-69	F	92	37		1	246	14	390
70-74	F	23	12			183	10	228
75-79	F	7	5			135	16	163
80-84	F	3	1			74	5	83
85-89	F					22	1	23
90-94	F							0
95-99	F							0
Total Sexo Femenino		13,271	4,673	9,812	715	1,493	70	30,034

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M	25	2	8464				8491
20-24	M	853	24	1632				2509
25-29	M	2097	172		596			2865
30-34	M	1820	528		184			2532
35-39	M	1684	737		42			2463
40-44	M	1322	897		12	3		2234
45-49	M	901	709			22		1632
50-54	M	668	559			54		1281
55-59	M	417	386			100	3	906
60-64	M	207	190			156	5	558
65-69	M	82	81			154	11	328
70-74	M	25	27			73	5	130
75-79	M	9	6			71	7	93
80-84	M	1	1			45	1	48
85-89	M		2			15		17
90-94	M							0
95-99	M							0
Total Sexo Masculino		10,111	4,321	10,096	834	693	32	26,087
Total		23,382	8,994	19,908	1,549	2,186	102	56,121

POBLACIÓN TRIBUNAL ELECTORAL

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL OPERATIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.1)

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMV

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HJO MENOR 25 AÑOS	HJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F			175				175
20-24	F	12	6	47				65
25-29	F	46	16		16			78
30-34	F	36	29		13			78
35-39	F	47	33		4			84
40-44	F	41	39		2			82
45-49	F	25	24			3		52
50-54	F	15	20			3		38
55-59	F	21	10			7		38
60-64	F	11	6			7		24
65-69	F	5	6			6		17
70-74	F					10		10
75-79	F		1			2		3
80-84	F					2		2
85-89	F					1		1
90-94	F							0
95-99	F							0
Total Sexo Femenino		259	190	222	35	41	0	747

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMV

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M			200				200
20-24	M	13		36				49
25-29	M	41	4		23			68
30-34	M	66	6		7			79
35-39	M	41	8		4			53
40-44	M	50	12					62
45-49	M	38	14					52
50-54	M	21	11			4		36
55-59	M	16	5			5		26
60-64	M	8	4					12
65-69	M	7	2			2		11
70-74	M	1				3		4
75-79	M	1	1			3		5
80-84	M							0
85-89	M							0
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

303	67	236	34	17	0	657
-----	----	-----	----	----	---	-----

Total

562	257	458	69	58	0	1,404
-----	-----	-----	----	----	---	-------

SUBPARTIDA 1.2

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

Handwritten marks: a signature and the number 14.

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. ASEGURADO.

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

A manera de ejemplo:

- Acta de matrimonio.
- Constancia de concubinato emitida por la autoridad correspondiente, testimonio notarial o actas de nacimiento de hijos en común.
- Constancia de convivencia conyugal.

2. ACCIDENTE CUBIERTO.

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

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

3. ENFERMEDAD CUBIERTA.

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

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

4. GASTO MÉDICO MAYOR.

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

5. ENFERMEDAD CONGÉNITA.

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

6. EMERGENCIA MÉDICA.

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

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

7. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Es aquella alteración de salud:

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

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

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de "LA INSTITUCION", en acudir ante un arbitraje privado, previo acuerdo entre ambas partes en términos de la Circular 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 INSTITUCION" acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someta a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

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

8. COLAS DE SINIESTROS.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2015, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. PERÍODO DE ESPERA.

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

Con la utilización 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.

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

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

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

11. SUMA ASEGURADA.

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

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

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

La suma asegurada se reinstalará automáticamente, 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 de 25 años y mayores de 25 años)	2 SMGMVDF
Ascendientes (Padres, suegros)	3 SMGMVDF

13. COASEGURO.

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

Se pagará coaseguro de conformidad a los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES con un tope máximo de \$30,000.00 M.N.

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.

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.

18. CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR.

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

19. RED MÉDICA.

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

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

20. COORDINACIÓN MÉDICA.

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

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

Coordinar y dar seguimiento a la atención médica u hospitalaria de un evento y a la prestación de los demás servicios estipulados en esta póliza.

21. PAGO DIRECTO.

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

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

22. REEMBOLSO.

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien "LA INSTITUCION" no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando el deducible obligatorio y, 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 INSTITUCION" liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. CONTRATANTE.

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

25. ENDOSO.

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

26. PERÍODO DE GRACIA.

Es el lapso de treinta días naturales, a partir del aviso de cobro y conciliación respectiva para liquidar las primas que 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 INSTITUCION" en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre del Asegurado Titular, personas designadas por el Asegurado Titular y parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, 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 INSTITUCION" en la fecha de alta al seguro, con las siguientes características: Nombre del asegurado, vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro y datos de identificación de la póliza.

30. "LA INSTITUCION".

La aseguradora.



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

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCION" por pago de honorarios médicos quirúrgicos de hasta 39 SMGMVDF 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.

Los servidores públicos podrán voluntariamente contratar la "Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos" hasta 60 SMGMVDF mediante el pago total de la prima de seguro correspondiente.

32. DERECHO DE CONVERSIÓN

Permite convertir la póliza institucional en individual cuando el servidor público cause baja por cualquier motivo del Poder Judicial de la Federación.

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

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

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

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas anteriormente, desde el 30 de septiembre del 2002 y hasta el 31 de diciembre de 2015, 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 la receta. Dichos documentos deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
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 INSTITUCION"; aplicable en reembolso, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

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

En el caso de reembolso la compañía aplicará los tabuladores 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 médicos 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 anestesta se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano. El total de estos conceptos será lo máximo a pagar por "LA INSTITUCION".
5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito 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.
6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
7. Equipo de anestesia y material médico.
8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubierta.
10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto. 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 cubierto el límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es, hasta en su caso, la suma asegurada si el evento está cubierto.
12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del Médico tratante.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad 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 INSTITUCION" 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 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, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en esta póliza.

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

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

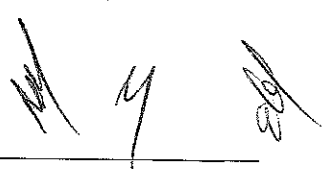
El límite de responsabilidad es hasta la suma asegurada si el evento está cubierto.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de que el alta de la cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se realice después del periodo antes mencionado (90 días naturales) el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el alta de su cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo en los periodos establecidos

durante la vigencia para la realización de dichos trámites y operará la cobertura de cesárea, únicamente si el inicio de la gestación ocurre en fecha posterior al alta.

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 anestesiista, medicamentos intrahospitalarios y postparto siempre y cuando, éstos últimos, sean prescritos por el médico tratante, a consecuencia directa del padecimiento e indicados al alta de la paciente.

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

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

1. Embarazo Extrauterino

2. Toxicosis Gravídica, Eclampsia y Preclampsia

3. Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)

4. Fiebre Puerperal

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

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

Tratándose de la Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo del Asegurado Titular se cubrirá siempre y cuando; el Asegurado Titular solicite el ingreso de su Cónyuge, concubina, o pareja del mismo sexo (por matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil como el concubinato) a la colectividad asegurada mediante la presente póliza, dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho 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 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal).

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

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.

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

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

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

28. Tratamiento médico y quirúrgico derivado del trasplante de 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 el establecido en la Cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, según corresponda.

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

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

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

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

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

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

30. Tratamientos médicos o quirúrgicos de: amígdalas, adenoides, hernias, tumoraciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas incluyendo lentes intraoculares y/o anillos intracorneales y la colocación de los

mismos y desprendimiento de retina cualquiera que sea su causa, litiasis renal y en vías urinarias, a partir del segundo año de antigüedad dentro de la colectividad asegurada.

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

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

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

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

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

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

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

D. SERVICIOS AGREGADOS.

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

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

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

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

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

36. 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.

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

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

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

E. COBERTURAS ADICIONALES

TRATAMIENTOS DENTALES: Para el caso de enfermedad por tratamientos dentales, alveolares o gingivales 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 y periodoncia, 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.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA: Beneficio amparado para Titular, Cónyuge e Hijos(as) hasta 25 años de edad, pudiendo ser extensiva mediante la contratación voluntaria de esta cobertura y pago de prima por parte del trabajador para los Hijos(as) mayores de 25 años de edad y Ascendientes (padres y/o suegros).

Esta cobertura se otorgará de la siguiente forma:

- La Reinstalación de Suma Asegurada, se otorgará siempre y cuando el asegurado cuente con incremento de suma asegurada al menos a la siguiente opción respecto a su suma asegurada básica.
- La reinstalación será por una sola ocasión para cada enfermedad o accidente, cuyo monto será del total de la suma asegurada contratada por el servidor público a la fecha del primer síntoma o gasto del siniestro.
- Los siniestros que podrán contar con esta cobertura serán los que tengan como fecha de primer síntoma o gasto a partir del 31 de diciembre de 2011.
- Los siniestros que cuenten con suma asegurada remanente, derivada de la reinstalación de suma asegurada por un accidente o enfermedad cubiertas, durante el periodo 2012-2015, se cubrirá hasta el remanente de la misma sin derecho a una nueva reinstalación.

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.

COMPLICACIONES DEL PARTO, CESAREA O ABORTO INVOLUNTARIO: Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertos hasta por una suma asegurada máxima de 30 SMGMVDF, 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, preeclampsia, molahidatiforme (embarazo molar), fiebre puerperal, embarazo anembriónico, etc.; estas complicaciones son enunciativas no limitativas.

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

OBESIDAD MÓRBIDA. la cual se define generalmente como:

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

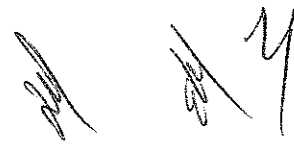
E. EXCLUSIONES.

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

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

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie o cirugías por cambio de sexo.
4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.
5. Gastos por gestión administrativa en hospitales.
6. Tratamientos dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo aquellos que sean originados por obesidad mórbida, la cual está cubierta.
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, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 16. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado.
 17. Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
 18. Práctica profesional de cualquier deporte.
 19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
 20. Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.
 21. Control, vigilancia y atención prenatal.
 22. Estudios realizados a posibles donadores, salvo los amparados en el numeral 27 del Apartado B, de las Condiciones Generales.
 23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.
 24. Honorarios de ayudantes en el parto o aborto involuntario.
 25. Complementos vitamínicos.
 26. 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 y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y "LA INSTITUCION", bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de esta póliza.

2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

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

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

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de 2015 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2017.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

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

5. NOTIFICACIONES.

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

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

6. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

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

7. MONEDA.

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

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

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

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

Únicamente se podrá solicitar el alta de nuevos dependientes económicos que actualmente no estén asegurados en la póliza, la baja de algún asegurado y/o la potenciación de suma asegurada del 31 de diciembre de 2015 al 15 de febrero de 2016 y del 4 de abril de 2016 al 15 de abril de 2016; después de este plazo no podrán solicitar trámites de aseguramiento o cancelación por estos conceptos. Mismo periodo aplica para 2017.

La potenciación de suma asegurada se podrá realizar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza.

Para efectos de la aplicación de la cobranza (quincena 03/2016), los servidores públicos contarán con el periodo del 04 al 20 de enero de 2016, en caso de que para la nueva vigencia no deseen la renovación de sus dependientes económicos (hijos mayores de 25 años, padres, suegros) o quieran cancelar o modificar la potenciación de suma asegurada en el Seguro de Gastos Médicos Mayores, a fin de evitar descuentos en nómina por estos conceptos. Mismo periodo aplica para 2017.

Después del periodo específico avisado por su área de Recursos Humanos de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación del 31 de diciembre de 2015 hasta el 15 de febrero de 2016, durante la vigencia de la póliza y después de los 45 días posteriores a la entrega de las pólizas a los servidores públicos, no se podrá solicitar la baja o cancelación en el seguro de ningún dependiente económico (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos menores de 25 años, hijos mayores de 25 años, padres y/o suegros), ni se podrá solicitar la disminución o cancelación de la potenciación de suma asegurada. Mismo periodo aplica para 2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Podrán incorporarse a otra póliza de una de las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación los servidores públicos que causen baja de una póliza del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral) en la que hubieran sido titulares o dependientes, en razón del término de nombramiento, renuncia, suspensión o cese, sin importar el parentesco con el que nuevamente se aseguren, siempre y cuando esté autorizado (cónyuge, concubina, concubinario, o pareja del mismo sexo, hijos, padres o suegros). Este beneficio procederá también para sus dependientes que hubieran estado asegurados a la fecha

de baja, siempre y cuando se solicite dentro de los 30 días naturales posteriores a la baja. Después de este periodo no podrán solicitar su incorporación, sino hasta la siguiente vigencia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. Contratante.

- a) Dar de alta en el seguro de acuerdo a los tiempos señalados en la cláusula general 8° a todas aquellas personas que, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de iniciación de esta cobertura reúnan dichos requisitos.
- b) Dar aviso a "LA INSTITUCION", de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.
- c) Comunicar a "LA INSTITUCION" las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada, así como las continuidades de todos los Servidores Públicos del Poder Judicial de la Federación al término de vigencia en los casos en que el Asegurado lo solicite.
- d) Generar la cobranza para el pago de las primas adicionales a cargo del servidor público que se descuentan vía nómina, de conformidad con el calendario establecido por la Instancia Administrativa y le entregará a "LA INSTITUCION" para su conciliación y aplicación.

II. De "LA INSTITUCIÓN"

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

- A la semana posterior al envío, cada Instancia evaluará los reportes y remitirá a la Aseguradora sus observaciones.
- "LA INSTITUCION", una vez que reciba los comentarios, en la siguiente semana devolverá los reportes con la respuesta a las correcciones u observaciones que al caso procedan.

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

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

d) Realizar conciliaciones de cobranzas 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 INSTITUCION" 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 INSTITUCION" o en formato preimpreso el directorio de hospitales y médicos en convenio, así como los laboratorios, gabinetes y farmacias actualizado a la fecha de entrega.

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 Sinistro, Póliza, Suma Asegurada en salarios mínimos, suma asegurada en pesos, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), Inicio de vigencia termino 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, 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, 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 INSTITUCION" podrá solicitar en cualquier momento las pruebas correspondientes. Una vez que "LA INSTITUCION" tenga la documentación necesaria para comprobar la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

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

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

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

11. RESIDENCIA.

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

12. PRIMAS.

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

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

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

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

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

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

13. PERIODO DE GRACIA.

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

14. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

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

PAGO DE RECLAMACIONES.

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

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

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

el entendido que los gastos se encuentren dentro del tabulador de Hospitales y/o Médicos que tenga pactada "LA INSTITUCION" con otras Instituciones y/o Médicos. En caso contrario la reclamación será canalizada bajo el esquema de reembolso establecido en la póliza.

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

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

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

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

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

15. SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Los Sistemas de Pago previstos son:

a) PAGO DIRECTO.

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

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

I. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

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

En el caso de que se trate de un Médico que no pertenezca a la Red Médica pero que haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de Médicos en convenio para el mismo

procedimiento médico, deberá expresarlo y avalar con su firma autógrafa en la solicitud de cirugía programada.

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

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

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

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

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

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

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad y que simultáneamente utilicen Hospitales y Médicos de la Red Médica o Médicos que no siendo de convenio acepten los tabuladores, el Asegurado pagará coaseguro de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00, y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a sus honorarios, salvo la obligación en su caso del deducible y los gastos no cubiertos de acuerdo a las Condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su egreso del hospital.

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

b) REEMBOLSO.

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

Cuando el Asegurado haya cubierto los gastos procedentes por atención médica u hospitalarias conforme a las coberturas amparadas en la póliza, solicitará en el módulo que para tales fines

establezca "LA INSTITUCION" o a través de las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, el pago de la indemnización que corresponda acompañando la documentación respectiva en caso de que la documentación sea incompleta "LA INSTITUCION" deberá informar en el centro de trabajo del Asegurado en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que la requisiite.

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

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

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

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

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

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

El mecanismo y/o procedimiento de pago de suma asegurada en caso de fallecimiento del asegurado titular, encontrándose éste en proceso de atención médica para el caso de reembolso o durante el

trámite de reclamación que se aplicará es: los cheques resultantes de los trámites de reembolso de un asegurado titular que haya fallecido se pagarán a su cónyuge o concubina(o) en primera instancia, en segunda a sus hijos mayores de edad asegurados en su póliza y al no contar con nadie asegurado a los designados mediante testamento o juicio de lo familiar.

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

En el caso de que no se haya realizado simultáneamente la atención médica en Hospitales y Médicos de la Red Médica, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, y que se soliciten por el sistema de reembolso, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. El deducible y coaseguro contratados se especifican en la carátula y/o certificado individual y/o tarjeta de identificación expedida por "LA INSTITUCION".

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

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza.
2. A la cantidad resultante se descontará en su caso primero el deducible y después en su caso la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N., 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 INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

c) PAGO MIXTO.

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

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

d) COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

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

16. OTROS SEGUROS.

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

17. COMPETENCIA.

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

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

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

18. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA 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 de acuerdo con 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.

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

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

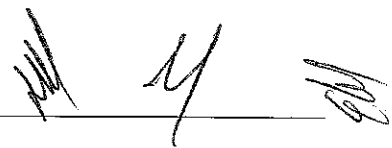
21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El Poder Judicial de la Federación podrá participar en las utilidades que obtenga "LA INSTITUCION" en este seguro al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas pagadas menos siniestros ocurridos del ejercicio de todas las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación. 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 INSTITUCION" efectuará al final de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza, previo requerimiento del pago por parte del Contratante, las operaciones siguientes:

- a) Al 80% (ochenta por ciento) de todas las primas pagadas y devengadas del periodo vencido, se deducirá el importe de los siniestros reclamados del propio periodo.

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.



22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

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

Suma Asegurada Básica	Sin potenciación o potenciación hasta 333 SMGM			Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF 185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "A"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	20%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10% con tope máximo de \$30,000.00 M.N.
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	15%	
185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	
111 SMGMVDF 148 SMGMVDF 185 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	
Suma Asegurada Básica	Con potenciación a partir de 444 SMGM			Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
444 SMGMVDF 592 SMGMVDF 740 SMGMVDF 1,000 SMGMVDF	Tipo "A", "B", o "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 2 SMGMVDF Padres y/o suegros: 3 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10% con tope máximo de \$30,000.00 M.N.

La aplicación de deducible es obligatoria por única vez para cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, el coaseguro se aplicará de conformidad al uso de hospital en cada siniestro, en cuyo caso el tope máximo será de hasta \$30,000.00 M.N.

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

Nota.- Esta relación de hospitales es enunciativa más no limitativa.

23. DERECHO DE CONVERSIÓN

Los asegurados con el derecho de conversión, serán aquellos titulares que dejen de pertenecer a la colectividad asegurada con sus dependientes 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,

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 Aseguradora 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),
 - Comprobante de domicilio (recibo de teléfono o luz o predial)

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.

Nombre	Dirección	Correo electrónico	Teléfono

La siniestralidad de las pólizas individuales no comparte siniestralidad con la generada en esta póliza.

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

(SCJN, CJF y TEPJF)

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, located in the bottom right corner of the page.

**POBLACIÓN S.C.J.N.
PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FUNCIONARIOS
SUPERIORES Y MANDOS MEDIOS
(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.2)**

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F			145				145
20-24	F		1	46				47
25-29	F	1			19			20
30-34	F	8	9		6			23
35-39	F	30	27					57
40-44	F	39	29					68
45-49	F	20	26					46
50-54	F	18	18			1		37
55-59	F	16	14			6		36
60-64	F	6	9			10		25
65-69	F	3				11	1	15
70-74	F	1	1			7	1	10
75-79	F					5		5
80-84	F					2		2
85-89	F					3		3
90-94	F							0
95-99	F							0

Total Sexo Femenino

142	134	191	25	45	2	539
------------	------------	------------	-----------	-----------	----------	------------

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M			126				126
20-24	M		1	34				35
25-29	M	4			9			13
30-34	M	13	2		11			26
35-39	M	29	9		5			43
40-44	M	57	13					70
45-49	M	31	8					39
50-54	M	36	3					39
55-59	M	13	6			3		22
60-64	M	17	2			1		20
65-69	M	4	2			6		12
70-74	M	2	1			6		9
75-79	M					2		2
80-84	M							0
85-89	M					2		2
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

206	47	160	25	20	0	458
-----	----	-----	----	----	---	-----

Total

348	181	351	50	65	2	997
-----	-----	-----	----	----	---	-----

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F			74				74
20-24	F			18				18
25-29	F	9	2		5			16
30-34	F	8	12		1			21
35-39	F	19	14		4			37
40-44	F	18	17					35
45-49	F	14	16					30
50-54	F	12	9			2		23
55-59	F	11	4			6		21
60-64	F	2	2			5	1	10
65-69	F	2	2			8	1	13
70-74	F	4				6	4	14
75-79	F					7		7
80-84	F					9		9
85-89	F					2	2	4
90-94	F							0
95-99	F							0

Total Sexo Femenino

99	78	92	10	45	8	332
----	----	----	----	----	---	-----

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M			87				87
20-24	M	1		20				21
25-29	M	9	1		13			23
30-34	M	9	2		7			18
35-39	M	23	6		1			30
40-44	M	32	4					36
45-49	M	19	4					23
50-54	M	11	4					15
55-59	M	12	4			1		17
60-64	M	5	3			10		18
65-69	M	5	1			3		9
70-74	M	1	1			4		6
75-79	M					1	1	2
80-84	M					4		4
85-89	M					2		2
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

127	30	107	21	25	1	311
-----	----	-----	----	----	---	-----

Total

226	108	199	31	70	9	643
-----	-----	-----	----	----	---	-----

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 185 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	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	1						1
50-54	F							0
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
---	---	---	---	---	---	---

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 185 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	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
---	---	---	---	---	---	---

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F			264				264
20-24	F	1		43				44
25-29	F	9	6		26			41
30-34	F	35	16		7			58
35-39	F	68	46		3			117
40-44	F	74	43		3			120
45-49	F	39	27		1			67
50-54	F	40	28			4		72
55-59	F	28	22			12	3	65
60-64	F	16	10			32	5	63
65-69	F	8	8			54	3	73
70-74	F	2	4			29	7	42
75-79	F					22	3	25
80-84	F					18	2	20
85-89	F	1				11		12
90-94	F							0
95-99	F							0

Total Sexo Femenino

321	210	307	40	182	23	1,083
-----	-----	-----	----	-----	----	-------

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M			261				261
20-24	M			54				54
25-29	M	13	1		23			37
30-34	M	28	6		16			50
35-39	M	59	17		11			87
40-44	M	75	25		2			102
45-49	M	42	20					62
50-54	M	42	18					60
55-59	M	26	15					41
60-64	M	22	11			15	3	51
65-69	M	20	6			27	3	56
70-74	M	5	3			24	4	36
75-79	M	4				14	7	25
80-84	M					10	2	12
85-89	M					10		10
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

336	122	315	52	100	19	944
-----	-----	-----	----	-----	----	-----

Total

657	332	622	92	282	42	2,027
-----	-----	-----	----	-----	----	-------

**POBLACIÓN C.J.F.
PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FUNCIONARIOS
SUPERIORES Y MANDOS MEDIOS
(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.2)**

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F		1	712				713
20-24	F	13	10	94				117
25-29	F	138	75		32			245
30-34	F	200	122		14			336
35-39	F	174	132		4			310
40-44	F	154	103			1		258
45-49	F	83	71		1	7		162
50-54	F	38	42		1	28	1	110
55-59	F	27	25		1	48	4	105
60-64	F	8	9			61	2	80
65-69	F	4	4			39	4	51
70-74	F		1			25	3	29
75-79	F					20	1	21
80-84	F					9		9
85-89	F							0
90-94	F							0
95-99	F							0
Total Sexo Femenino		839	595	806	53	238	15	2,546

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HJO MENOR 25 AÑOS	HJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M		2	759				761
20-24	M	11		92				103
25-29	M	161	12		29			202
30-34	M	239	51		8			298
35-39	M	238	55		1			294
40-44	M	196	62		1			259
45-49	M	113	34			2		149
50-54	M	67	24			8		99
55-59	M	49	7			15	2	73
60-64	M	11	3			25	1	40
65-69	M	4	3			29	2	38
70-74	M	4	2			15	1	22
75-79	M	2				8	1	11
80-84	M	1				10	2	13
85-89	M					1		1
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

1,096	255	851	39	113	9	2,363
-------	-----	-----	----	-----	---	-------

Total

1,935	850	1,657	92	351	24	4,909
-------	-----	-------	----	-----	----	-------

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F		3	1642				1645
20-24	F	49	28	214				291
25-29	F	289	114		73			476
30-34	F	426	244		28			698
35-39	F	490	267		2			759
40-44	F	363	179		4	1		547
45-49	F	219	107			14		340
50-54	F	157	73			55	2	287
55-59	F	77	37			112	7	233
60-64	F	44	16			139	6	205
65-69	F	15	7			129	7	158
70-74	F	4				82		86
75-79	F		1			44		45
80-84	F					23	7	30
85-89	F					13	2	15
90-94	F							0
95-99	F							0

Total Sexo Femenino

2,133	1,076	1,856	107	612	31	5,815
-------	-------	-------	-----	-----	----	-------

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M		1	1636				1637
20-24	M	29		233				262
25-29	M	290	20		102			412
30-34	M	409	81		24			514
35-39	M	538	125		4			667
40-44	M	326	144		3			473
45-49	M	207	100			2		309
50-54	M	114	84			18	1	217
55-59	M	80	51			39	2	172
60-64	M	35	21			63	2	121
65-69	M	12	6			80	2	100
70-74	M	2	9			50	8	69
75-79	M	1	1			34	2	38
80-84	M		1			8	1	10
85-89	M					2	1	3
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

2,043	644	1,869	133	296	19	5,004
-------	-----	-------	-----	-----	----	-------

Total

4,176	1,720	3,725	240	908	50	10,819
-------	-------	-------	-----	-----	----	--------

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA MENOR 25 AÑOS	HIJA MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F		2	4989				4991
20-24	F	3	27	828				858
25-29	F	139	222		360			721
30-34	F	534	593		131			1258
35-39	F	985	907		33			1925
40-44	F	751	802		7		1	1561
45-49	F	570	592		5	10		1177
50-54	F	383	374			94	5	856
55-59	F	222	285			288	34	829
60-64	F	74	158			469	54	755
65-69	F	34	68			491	54	647
70-74	F	18	19			409	40	486
75-79	F	1	4			317	37	359
80-84	F					156	26	182
85-89	F					76	10	86
90-94	F							0
95-99	F							0

Total Sexo Femenino

3,714	4,053	5,817	536	2,310	261	16,691
-------	-------	-------	-----	-------	-----	--------

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMVDF

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M		1	5052				5053
20-24	M	1		842		1		844
25-29	M	238	24		368			630
30-34	M	860	105		133			1098
35-39	M	1427	231		43			1701
40-44	M	1112	265		6			1383
45-49	M	850	199		3	1	1	1054
50-54	M	730	166			27	1	924
55-59	M	412	98			109	6	625
60-64	M	260	46			222	26	554
65-69	M	123	27		1	254	32	437
70-74	M	71	7			247	24	349
75-79	M	4	1			166	26	197
80-84	M		1			110	14	125
85-89	M	2				45	3	50
90-94	M		1					1
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

6,090	1,172	5,894	554	1,182	133	15,025
-------	-------	-------	-----	-------	-----	--------

Total

9,804	5,225	11,711	1,090	3,492	394	31,716
-------	-------	--------	-------	-------	-----	--------

**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 SMGMV

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F			142				142
20-24	F	1	2	25				28
25-29	F	27	9		13			49
30-34	F	37	31		2			70
35-39	F	21	27		2			50
40-44	F	8	30					38
45-49	F	14	6		1			21
50-54	F	8	12			4		24
55-59	F	9	9			5	1	24
60-64	F	6	4			13		23
65-69	F	2	1			11		14
70-74	F					5		5
75-79	F					3	1	4
80-84	F					3		3
85-89	F							0
90-94	F							0
95-99	F							0

Total Sexo Femenino

133	131	167	18	44	2	495
------------	------------	------------	-----------	-----------	----------	------------

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 111 SMGMV

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M			119				119
20-24	M	4		19				23
25-29	M	24	2		13			39
30-34	M	38	20		3			61
35-39	M	46	4					50
40-44	M	40	4					44
45-49	M	29	22					51
50-54	M	13	8					21
55-59	M	11	13			3		27
60-64	M	3	1			6		10
65-69	M	1	3			5		9
70-74	M	2				3		5
75-79	M					2		2
80-84	M							0
85-89	M					1		1
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

211	77	138	16	20	0	462
-----	----	-----	----	----	---	-----

Total

344	208	305	34	64	2	957
-----	-----	-----	----	----	---	-----

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMV

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F			45				45
20-24	F			23				23
25-29	F	5	3					8
30-34	F	6	7		2			15
35-39	F	18	10					28
40-44	F	10	6					16
45-49	F	3	8					11
50-54	F	2	4			2		8
55-59	F	2	4			4		10
60-64	F					3		3
65-69	F					5		5
70-74	F					4		4
75-79	F					3		3
80-84	F					2		2
85-89	F					1		1
90-94	F							0
95-99	F							0
Total Sexo Femenino		46	42	68	2	24	0	182

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 148 SMGMV

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M			45				45
20-24	M			4				4
25-29	M	15			4			19
30-34	M	17	1		3			21
35-39	M	35	65					100
40-44	M	12	23					35
45-49	M	11	2					13
50-54	M	9	1			2		12
55-59	M	3				2		5
60-64	M	3						3
65-69	M					7	1	8
70-74	M					7		7
75-79	M					1		1
80-84	M							0
85-89	M							0
90-94	M							0
95-99	M							0
Total Sexo Masculino		105	92	49	7	19	1	273
Total		151	134	117	9	43	1	455

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMV

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	MADRE	SUEGRA	TOTAL
0-19	F			188				188
20-24	F	19	1	34				54
25-29	F	7	9		21			37
30-34	F	30	44		6			80
35-39	F	55	45		3			103
40-44	F	65	51					116
45-49	F	13	22			1		36
50-54	F	12	19			3		34
55-59	F	5	14			20	3	42
60-64	F	1	9			32	3	45
65-69	F		3			38	4	45
70-74	F	1				23	5	29
75-79	F					7	1	8
80-84	F					7		7
85-89	F					6	3	9
90-94	F							0
95-99	F							0

Total Sexo Femenino

208	217	222	30	137	19	833
-----	-----	-----	----	-----	----	-----

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 333 SMGMV

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO MENOR 25 AÑOS	HIJO MAYOR 25 AÑOS	PADRE	SUEGRO	TOTAL
0-19	M			202				202
20-24	M			52				52
25-29	M	12			17			29
30-34	M	61	6		3			70
35-39	M	92	47		2			141
40-44	M	76	33		1			110
45-49	M	42	16					58
50-54	M	27	6			1		34
55-59	M	12	3			3	2	20
60-64	M	13	2			13	1	29
65-69	M	9				18	3	30
70-74	M	3	1			25	5	34
75-79	M					4		4
80-84	M					10		10
85-89	M					6	1	7
90-94	M							0
95-99	M							0

Total Sexo Masculino

347	114	254	23	80	12	830
-----	-----	-----	----	----	----	-----

Total

555	331	476	53	217	31	1,663
-----	-----	-----	----	-----	----	-------

SUBPARTIDA 1.3

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

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. ASEGURADO.

Es la persona física que formando parte de la colectividad asegurada mediante esta póliza, tendrá el carácter de Titular si en cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual de la póliza y personas designadas por el Asegurado Titular, que para efectos de la misma designa como su Cónyuge o Viuda(o) y/o Hijos solteros menores de 25 años de edad o incapaces sin límite de edad.

2. ACCIDENTE CUBIERTO.

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

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

3. ENFERMEDAD CUBIERTA.

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

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

4. GASTO MÉDICO MAYOR.

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

5. ENFERMEDAD CONGÉNITA.

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

6. EMERGENCIA MÉDICA.

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

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

7. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Es aquella alteración de salud:

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

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

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de "LA INSTITUCION", en acudir ante un arbitraje privado, previo acuerdo entre ambas partes en términos de la Circular 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 INSTITUCION" acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someta a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

8. COLAS DE SINIESTROS.

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2015, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. PERIODO DE ESPERA.

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

Con la utilización 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.

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

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

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

11. SUMA ASEGURADA.

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

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

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

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

12. DEDUCIBLE.

Cantidad indicada en el certificado individual de la póliza a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto equivalente a 1 salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.

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.

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 INSTITUCION".

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

20. COORDINACIÓN MÉDICA.

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

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

21. PAGO DIRECTO.

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

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

22. REEMBOLSO.

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien "LA INSTITUCION" no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando el deducible obligatorio y, en su caso, coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N., 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 INSTITUCION" liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. CONTRATANTE.

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

25. ENDOSO.

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

26. PERIODO DE GRACIA.

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

27. PERIODO AL DESCUBIERTO.

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

28. CERTIFICADO.

Documento expedido por "LA INSTITUCION" en el cual se especifica nombre del contratante, número de póliza, número de certificado, nombre del Asegurado Titular, personas designadas por el Asegurado Titular y parentesco, sexo, fecha de nacimiento, edad, inicio y término de vigencia, fecha de antigüedad, fecha de alta, 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 INSTITUCION" en la fecha de alta al seguro, con las siguientes características: Nombre del asegurado, vigencia, antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro y datos de identificación de la póliza.

30. "LA INSTITUCION".

La compañía de seguros.

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

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCION" por pago de honorarios médicos quirúrgicos que se especifica en la carátula de la presente póliza de acuerdo con el sistema de pago escogido por el Asegurado. En esta póliza la tabla de honorarios médicos es hasta la suma asegurada contratada.



CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

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

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

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2015, 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 o nota de la farmacia con la receta. Dichos documentos deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
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 INSTITUCION"; aplicable en reembolso, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

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

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; 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.
- El total de estos conceptos será lo máximo a pagar por "LA INSTITUCION".
5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de 90 turnos, cada turno de 8 horas, los cuales se podrán autorizar de forma discontinua y por lapsos interrumpidos con autorización médica.
 6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
 7. Equipo de anestesia y material médico.
 8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
 9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubierta.
 10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.
 11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, aparatos auditivos, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos el límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo 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 INSTITUCION" 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 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, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta en esta póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

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

Esta cobertura se otorga al Asegurado 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.

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

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

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

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 el establecido en la Cláusula 22. **RESTRICCIÓN DE HOSPITALES**, según sea el caso.

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

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

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.

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

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

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 los supuestos contratados en la Cobertura Básica en la República Mexicana, con aplicación del deducible y coaseguro del 20% correspondiente. La suma asegurada que se considera para la cobertura en el extranjero es la que tenga el asegurado al momento del primer gasto. En caso de accidente se elimina el coaseguro.

En su caso "LA 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. Cobertura de Gastos Funerarios. Si durante la vigencia de esta póliza el Asegurado Titular Jubilado fallece (Ministro, Magistrado o Juez), "LA INSTITUCIÓN" pagará la suma asegurada contratada para este beneficio.

En caso de existir alguna reclamación de los gastos funerarios con respecto a la suma asegurada establecida, el importe se pagará únicamente al beneficiario designado, y a falta de éste, a la sucesión legal del Asegurado.

La suma asegurada por Asegurado Titular Jubilado será reembolsable hasta por la cantidad de \$20,000.00 (Veinte mil pesos 00/100 M.N.) I.V.A. incluido.

Este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los dos eventos siguientes:

- a) Al concluir la vigencia de la póliza.
- b) Al fallecimiento del Asegurado Titular Jubilado; es decir Ministro, Magistrado o Juez.
- c) Al efectuar "LA INSTITUCIÓN" el finiquito del total de los gastos presentados por el beneficiario designado, hasta por la suma asegurada.

Para el pago de indemnizaciones de la cobertura de gastos funerarios para asegurados titulares jubilados se entregarán a "LA INSTITUCIÓN" de seguros copia simple de las designaciones de beneficiarios.

32. 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

TRATAMIENTOS DENTALES: Para el caso de enfermedad por tratamientos dentales, alveolares o gingivales 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 y periodoncia, 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.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA: Beneficio amparado para Titular, Cónyuge e Hijos(as) hasta 25 años de edad.

Esta cobertura se otorgará de la siguiente forma:

- o La Reinstalación de Suma Asegurada, se otorgará siempre y cuando el asegurado cuente con incremento de suma asegurada al menos a la siguiente opción respecto a su suma asegurada básica.

- La reinstalación será por una sola ocasión para cada enfermedad o accidente, cuyo monto será del total de la suma asegurada contratada por el servidor público a la fecha del primer síntoma o gasto del siniestro.
- Los siniestros que podrán contar con esta cobertura serán los que tengan como fecha de primer síntoma o gasto a partir del 31 de diciembre de 2011.
- Los siniestros que cuenten con suma asegurada remanente, derivada de la reinstalación de suma asegurada por un accidente o enfermedad cubiertas, durante el periodo 2012-2015, se cubrirá hasta el remanente de la misma sin derecho a una nueva reinstalación.

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

OBESIDAD MÓRBIDA. la cual se define generalmente como:

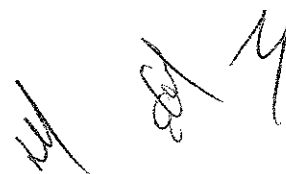
Es la alteración de la salud, el cual se caracteriza por un índice de masa corporal (IMC) de igual o mayor a 40.

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 por enfermedad en esta póliza.

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

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie o cirugías por cambio de sexo.
4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.
5. Gastos por gestión administrativa en hospitales.
6. Tratamientos dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones, salvo aquello que sean originados por obesidad mórbida, la cual está cubierta.
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, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
16. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado.
17. Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
18. Práctica profesional de cualquier deporte.
19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
20. Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.
21. Control, vigilancia y atención prenatal.
22. Estudios realizados a posibles donadores, salvo los amparados en el numeral 22 del Apartado B, de las Condiciones Generales.
23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.
24. Complementos vitamínicos.
25. 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:

1. 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.

2. Los Magistrados de Circuito y Jueces de Distrito jubilados y/o con retiro forzoso, sus cónyuges o Viuda(o)s e hijos dependientes económicos hasta 25 años de edad o incapaces sin límite de edad, siempre y cuando los titulares cumplan con los requisitos de edad y antigüedad establecidos en el Acuerdo General del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, que regula las Disposiciones en Materia de Actividad Administrativa del propio Consejo.

3. Magistrados de Circuito y Jueces de Distrito (incluyendo a su cónyuge e hijos menores de 25 años) que causen baja por incapacidad total y permanente, siempre que tal circunstancia sea diagnosticada por el ISSSTE.

4. Así como a los beneficiarios del Magistrado de Circuito o Juez de Distrito que fallezca durante el ejercicio de su cargo, entendiéndose como beneficiarios a:

I. El cónyuge supérstite del funcionario siempre y cuando no contraiga nuevo matrimonio, entre en concubinato o dependa económicamente de otra persona; circunstancias que podrán ser verificadas en cualquier momento por el Contratante, y

II. Los hijos menores de 25 años de edad o incapaces de los funcionarios en mención, sin límite de edad.

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

3. VIGENCIA.

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de las doce horas del día 31 de diciembre de 2015 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2017.

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 INSTITUCION" por escrito precisamente en su domicilio legal.

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

6. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

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

7. MONEDA.

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

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

8. MOVIMIENTOS DE ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS

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

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la póliza, "LA INSTITUCION" 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 INSTITUCION" 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 INSTITUCION", 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 INSTITUCION" devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

Causarán baja el cónyuge supérstite, así como sus dependientes económicos (hijos menores de 25 años de edad solteros) que contraigan matrimonio durante la vigencia de la presente póliza.

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 INSTITUCION" de las separaciones definitivas de miembros de la Colectividad Asegurada.

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

II. DE "LA INSTITUCION".

- a) Entregar 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 INSTITUCION" 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 en salarios mínimos, suma asegurada en pesos, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), Inicio de vigencia termino 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, 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.

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

Si la edad de algún Asegurado estuviese fuera de los límites fijados para este contrato, quedará nulo el certificado individual que lo ampara. "LA INSTITUCION" reintegrará el 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 INSTITUCION" tenga conocimiento del hecho.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del Asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, "LA INSTITUCION" estará obligada a reembolsar el 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 INSTITUCION" sólo estará obligada a cubrir el equivalente de la suma asegurada en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa para su edad real, en la fecha de celebración del contrato.

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, y en su caso hijos menores de 25 años) se determinará en función de la suma asegurada de cada uno, y queda a cargo del contratante el pago en la forma convenida.

Las primas para incrementar la suma asegurada (Potenciación) correspondientes a los Asegurados Titulares y, en su caso, la de su cónyuge, Viuda(o) y/o hijos solteros dependientes económicos



menores de 25 años de edad, así como la de los hijos incapaces de 25 años y mayores, contratadas por el Asegurado Titular de manera voluntaria, serán cubiertas por éste, quien efectuará su pago en forma anual mediante depósito bancario a nombre de "LA INSTITUCION".

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.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page.

13. PERIODO DE GRACIA.

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

14. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACION.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta 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.

PAGO DE RECLAMACIONES.

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

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

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

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

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

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

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



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 procede en los casos que se indican a continuación, siempre que el asegurado requiera atención médica o ingrese a un hospital, obtenga los servicios de médicos y hospitales.

I. PROGRAMACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

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

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

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

Trámite: El beneficio de Reporte en el Hospital se otorgará si el Asegurado al momento de ingresar al Hospital bajo convenio, presenta en la admisión del mismo su tarjeta de identificación del seguro y/o certificado individual.

El beneficio también operará en el pago de honorarios médicos, en caso de Hospitalización, siempre que el médico tratante tenga convenio con "LA INSTITUCIÓN" o aun no perteneciendo a la misma, haya aceptado el pago por el monto que corresponda al tabulador de médicos en convenio.

Para confirmar la procedencia del Reporte en el Hospital y/o del Médico Tratante, "LA INSTITUCIÓN" por conducto de un médico supervisor, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte de "LA INSTITUCIÓN", en un plazo no mayor a 24 horas a partir del ingreso del Asegurado al Hospital.

"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 requisitar la firma de conformidad del Médico, en el formato de 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 deberá requisitarse para 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, con Hospitales, médicos de la Red Médica y Médicos que no siendo de convenio acepten los tabuladores, el Asegurado pagará deducible y coaseguro de conformidad con los supuestos contratados a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22.RESTRICCIÓN DE HOSPITALES, y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a sus honorarios, salvo la obligación de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su consulta o egreso del Hospital, según sea el caso.

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

b) REEMBOLSO

Si el asegurado cubre los gastos que haya generado por servicios de hospitales y/o médicos, se le indemnizarán mediante reembolso dentro de los términos y condiciones de la póliza, aplicando además el deducible y coaseguro (hasta un tope de \$30,000.00 M.N.).

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través del sistema 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 indican.

1. Formato de Declaración del Reclamante debidamente requisitado y firmado.
2. Formato de Informe Médico Tratante debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
3. Facturas originales que satisfagan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan erogado.
4. Las facturas de farmacia con requisitos fiscales, acompañadas de la receta médica correspondiente o copia fotostática de ésta cuando se trate de medicamentos controlados, especificando cada uno de los medicamentos comprados.
5. Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.
En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento o éste no aparezca mencionado en el formato de Informe del Médico Tratante, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.
6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
7. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

Los cheques resultantes de los trámites de reembolso de un asegurado titular que haya fallecido se pagarán a su cónyuge o concubina(o) en primera instancia, en segunda a sus hijos mayores de edad asegurados en su póliza y al no contar con nadie asegurado a los designados mediante testamento o juicio de lo familiar.

APLICACION DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO.- En toda reclamación inicial que se realice por el Sistema Reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible, además del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él, cuyo tope será de \$30,000.00 M.N., de conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y a cláusula 22 **RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.**

CUANTIA DEL REEMBOLSO.- La cantidad que "LA INSTITUCIÓN" pagará al Asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza, endosos y/o condiciones generales. A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro de acuerdo con el porcentaje establecido en la carátula de la póliza y las condiciones de la misma.

El deducible se aplicará una sola vez por cada enfermedad cubierta y el coaseguro se aplicará por cada reclamación, cuyo tope será de \$30,000.00 M.N.

c) PAGO MIXTO.

El sistema de pago mixto operará en todos aquellos casos en que una parte de los gastos generados por el Asegurado en virtud de atención médica o ingreso a un hospital, serán liquidados por "LA INSTITUCIÓN" y la otra parte, mediante reembolso, con sujeción a los términos estipulados en las **DEFINICIONES** de esta póliza y en los incisos a) y b) descritos con anterioridad.

El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en la carátula y/o certificado individual y/o tarjeta de identificación expedida por la Compañía Aseguradora.

d) COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por el asegurado en forma posterior a una atención médica o quirúrgica, por un accidente cubierto o enfermedad cubierta que fueron previamente autorizados por "LA INSTITUCIÓN" por pago directo.

E) COMPLEMENTARIO A REEMBOLSO.

Forma de pago que consiste en reembolsar los gastos realizados por el Asegurado en forma posterior al reembolso autorizado previamente por "LA INSTITUCIÓN" en estos casos aplicará únicamente el coaseguro hasta un tope de \$30,000.00 M.N.

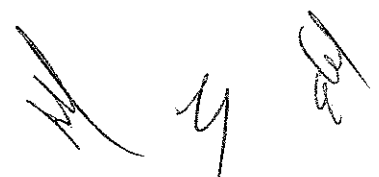
16. OTROS SEGUROS.

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

17. COMPETENCIA.

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

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



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

18. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA 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 de acuerdo con 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.

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

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

21. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES.

El Poder Judicial de la Federación podrá participar en las utilidades que obtenga "LA INSTITUCION" en este seguro al vencimiento de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza. La fórmula que se aplica es el 80% sobre todas las primas pagadas menos siniestros ocurridos del ejercicio de todas las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación. 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 INSTITUCION" efectuará al final de los 730 días posteriores al aniversario de la póliza, previo requerimiento del pago por parte del Contratante, las operaciones siguientes:

- a) Al 80% (ochenta por ciento) de todas las primas pagadas y devengadas del periodo vencido, se deducirá el importe de los siniestros reclamados del propio periodo.
- 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.

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

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

Suma Asegurada Básica	Sin potenciación o potenciación hasta 333 SMGMVDF			Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
295 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "A"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF	20%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10% con tope máximo de \$30,000.00 M.N.
295 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "B"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF	0%	
295 SMGMVDF 333 SMGMVDF	Tipo "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF	0%	

Suma Asegurada Básica	Con potenciación a partir de 444 SMGM			Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	
444 SMGMVDF 592 SMGMVDF 740 SMGMVDF 1,000 SMGMVDF 1,500 SMGMVDF	Tipo "A", "B", o "C"	Titulares, Cónyuges, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo e Hijos: 1 SMGMVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10% con tope máximo de \$30,000.00 M.N.

La aplicación de deducible es obligatoria por única vez para cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, el coaseguro se aplicará de conformidad al uso de hospital en cada siniestro, en cuyo caso el tope máximo será de hasta \$30,000.00 M.N.

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

Nota.- Esta relación de hospitales es enunciativa más no limitativa.

POBLACIÓN ASEGURADA
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARA MINISTROS, MAGISTRADOS Y
JUECES JUBILADOS DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.

(SCJN y CJF)

POBLACIÓN S.C.J.N.

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

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.3)

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA	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	1			1
50-54	F				0
55-59	F			1	1
60-64	F				0
65-69	F	2	5		7
70-74	F	3	4		7
75-79	F	6	3		9
80-84	F	2	2		4
85-89	F	3	1		4
90-94	F	2			2
95-99	F				0

Total Sexo Femenino

19

15

1

35

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO	TOTAL
0-19	M			3	3
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				0
55-59	M				0
60-64	M				0
65-69	M	2			2
70-74	M	6	1		7
75-79	M	6	1		7
80-84	M	1			1
85-89	M	4			4
90-94	M	1	1		2
95-99	M	3			3

Total Sexo Masculino

23

3

3

29

Total Asegurados

42

18

4

64

POBLACIÓN CJF

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

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.3)

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJA	TOTAL
0-19	F			1	1
20-24	F			8	8
25-29	F				
30-34	F				
35-39	F				
40-44	F	1			1
45-49	F	1			1
50-54	F	5	2		7
55-59	F	6	5		11
60-64	F	11	11		22
65-69	F	15	19		34
70-74	F	15	18		33
75-79	F	12	9		21
80-84	F	13	4		17
85-89	F	8	3		11
90-94	F	2			2
95-99	F				

Total Sexo Femenino

89

71

9

169

EDAD	SEXO	TITULAR	CONYUGE	HIJO	TOTAL
0-19	M			7	7
20-24	M			9	9
25-29	M				
30-34	M				
35-39	M			1	1
40-44	M			1	1
45-49	M			2	2
50-54	M	2	1		3
55-59	M	2			2
60-64	M	2	2		4
65-69	M	13	1		14
70-74	M	18	2		20
75-79	M	29	1		30
80-84	M	15			15
85-89	M	5			5
90-94	M	3			3
95-99	M	1			1

Total Sexo Masculino

90

7

20

117

Total Asegurados

179

78

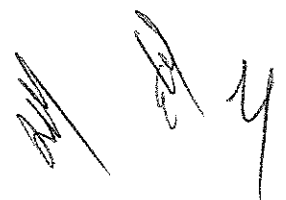
29

286

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)

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page.

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. ASEGURADO

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

2. ACCIDENTE CUBIERTO.

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

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

3. ENFERMEDAD CUBIERTA.

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

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

4. GASTO MÉDICO MAYOR.

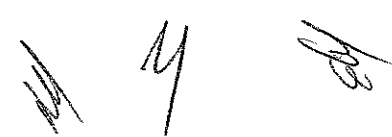
Son los gastos erogados por una misma enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza cuando estos rebasen el importe total del deducible estipulado en la carátula de la póliza, mediante reembolso, pago directo o pago mixto.

5. ENFERMEDAD CONGÉNITA.

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

6. EMERGENCIA MÉDICA.

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



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

7. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Es aquella alteración de salud:

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

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

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de "LA INSTITUCION", en acudir ante un arbitraje privado, previo acuerdo entre ambas partes en términos de la Circular 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 sólo en caso de controversia el asegurado y "LA INSTITUCION", podrán realizar las gestiones correspondientes a la Legislación aplicada.

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

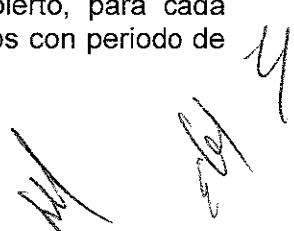
El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso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

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

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2015, en el Poder Judicial de la Federación, siempre y cuando exista suma asegurada remanente. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

9. PERÍODO DE ESPERA.

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



Con la utilización 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.

10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

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

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

11. SUMA ASEGURADA.

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

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

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

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

La suma asegurada básica será de 379 SMGMVDF y podrá ser voluntariamente incrementada a las opciones de 444, 592, 740, 1000 y 1500 SMGMVDF.

12. DEDUCIBLE.

Cantidad indicada en el certificado individual de la póliza a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto, cuyo importe es de 2 SMGMVDF.

13. COASEGURO.

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

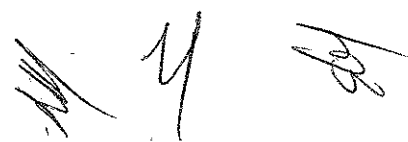
Se pagará coaseguro de conformidad a los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES con un tope máximo de \$30,000.00 M.N.

14. HONORARIOS MÉDICOS.

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

15. HOSPITALIZACIÓN.

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



16. CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA.

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

17. HOSPITAL.

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

18. CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR.

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

19. RED MÉDICA.

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

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

20. COORDINACIÓN MÉDICA.

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

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

21. PAGO DIRECTO.

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

También liquidará directamente los gastos a los Médicos que no perteneciendo a la citada red médica acepten mediante firma autógrafa en el formato respectivo, el pago de tabulador aplicable para los médicos de convenio de la Red y los servicios sean autorizados por "LA INSTITUCION", en ambos casos se requiere que el asegurado cuente con su tarjeta de identificación y/o certificado individual.

22. REEMBOLSO.

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente cubierto o enfermedad cubierta por esta póliza, son liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios, con quien "LA INSTITUCION" no tiene convenio y que posteriormente ésta reintegrará los que procedan en los términos de la póliza al Asegurado, descontando 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 INSTITUCION" liquidará al Asegurado los gastos erogados, como consecuencia de una enfermedad cubierta o accidente cubierto por la póliza a través de Pago Directo y Reembolso.

24. CONTRATANTE.

Se constituyen como tal, las Instancias Administrativas del Poder Judicial de la Federación señaladas en la carátula de la presente póliza como representante legal para efectos del contrato y endosos.

25. ENDOSO.

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

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

29. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.

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

30. "LA INSTITUCION".

La compañía de seguros

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

Es el límite de responsabilidad de "LA INSTITUCION" por pago de honorarios médicos quirúrgicos de hasta 39 SMGMVDF 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.

CONDICIONES GENERALES

A. COBERTURA BÁSICA.

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

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

Se cubrirán pagos de complementos o colas, es decir, la Institución pagará las reclamaciones originadas anteriormente en esta póliza, desde el 30 de septiembre del 2005 y hasta el 31 de diciembre de 2015, 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 dentro de la República Mexicana, por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento, sujetos a lo establecido en la presente póliza y endosos que se agreguen a la misma.

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

1. Gastos de Hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos.
2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el Hospital.
3. Medicamentos adquiridos para el asegurado dentro o fuera del Hospital, siempre que los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la factura de la farmacia con la receta. Dichos documentos deberán cumplir con los requisitos fiscales aplicables.
4. Honorarios Médicos por intervención quirúrgica, hasta por el importe de 39 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal) y de acuerdo a los porcentajes establecidos en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (I.Q.), conforme al padecimiento y tratamiento en cada caso, este porcentaje es determinado por el área médica de "LA INSTITUCION"; aplicable en reembolso o pago mixto, de acuerdo con lo establecido en las definiciones de la presente póliza.

En el caso de pago directo "LA 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 INSTITUCION".
5. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de 90 turnos, cada turno de 8 horas, los cuales se podrán autorizar de forma discontinua y por lapsos interrumpidos con autorización médica.
 6. Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
 7. Equipo de anestesia y material médico.
 8. Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
 9. Gastos originados por la estancia del Asegurado en urgencias y/o terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios, por un accidente o enfermedad cubierta.
 10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía, y cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.
 11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis, aparatos auditivos, así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardíaco artificial (marcapasos), que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto el límite máximo de responsabilidad asumido por "LA INSTITUCION" bajo este beneficio es, hasta en su caso, la suma asegurada si el evento está cubierto.
 12. Gastos médicos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, en caso necesario y por indicación del Médico tratante.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad 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 INSTITUCION" 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 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; estos tratamientos son enunciativos no limitativos. Únicamente se cubrirán los gastos médicos originados por las intervenciones quirúrgicas que se practiquen al asegurado receptor, siempre y cuando dicho tratamiento ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

22. 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.

C. ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

23. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos cubiertos por padecimientos congénitos del asegurado nacido dentro de la vigencia de esta póliza, la cual tuvo su inicio en el año 1999, siempre y cuando se haya notificado a "LA INSTITUCION" sobre el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a su acontecimiento y se haya pagado la prima respectiva; dichos gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo asegurado.

En caso de que el nacimiento ocurra dentro de los primeros 10 meses de cobertura continua de la madre, quedarán cubiertos los gastos mencionados anteriormente.

La suma Asegurada, Coaseguro y Deducible que se aplican, en su caso, son los mismos que los contratados para la Cobertura Básica.

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

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

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

Dichos procedimientos 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 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal).

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 la póliza.

26. Complicaciones del parto, cesárea o aborto involuntario:

Las complicaciones derivadas de dichos procedimientos serán cubiertas hasta por una suma asegurada máxima de 30 SMGMVDF (Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal), esta suma asegurada será independiente a la cobertura de parto, cesárea o aborto involuntario, por lo que una no exentará a la otra. Entendiéndose como tal: erosión cervical, Inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, placenta acreta, placenta increta, placenta preincretta, 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 o quirúrgicos de los padecimientos indicados en el párrafo anterior durante el primer año de vigencia continua se eliminará el periodo de espera y quedarán cubiertos siempre y cuando la atención sea a través de la Red Médica. Esta cobertura se otorga hasta el límite de la suma asegurada.

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

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 periodo de espera y la aplicación del coaseguro.

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

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 el Poder Judicial de la Federación, los cuales deberán cumplir con la permanencia continua en la póliza.

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

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

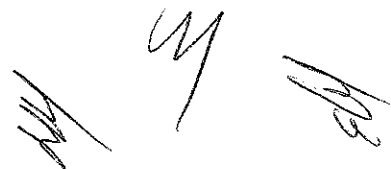
32. PREEXISTENCIA

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 cubierto por esta póliza pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un Hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas para lo cual operará el pago directo.
- b. Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de emergencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de emergencia.
- c. "LA INSTITUCIÓN" efectuará el pago de la reclamación de acuerdo a los especificados en la carátula de la póliza.



- d. La suma asegurada es el equivalente en moneda nacional a 50,000 USD con deducible equivalente en moneda nacional a 50 USD, sin la aplicación de coaseguro.
- e. Los gastos erogados en el extranjero que no fueran cubiertos por pago directo, serán cubiertos sólo a través del sistema de Reembolso.

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 año 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 los supuestos contratados en la Cobertura Básica en la República Mexicana, con aplicación del deducible y coaseguro del 20% correspondiente. La suma asegurada que se considera para la cobertura en el extranjero es la que tenga el asegurado al momento del primer gasto. En caso de accidente se elimina el coaseguro.

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

EXCLUSIONES.

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

GASTOS DE ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS MEDICOS Y/O QUIRURGICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACION:

1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.
2. Peluquería, barbería, pedicurista, la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.
3. Tratamientos estéticos y de calvicie.

4. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus a menos de que exista temor fundado de desencadenar un estado patológico mayor excluyendo los tratamientos estéticos.
5. Gastos por gestión administrativa en hospitales.
6. Tratamientos dietéticos y de obesidad, la anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
7. Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza, para la comprobación del estado de salud, o check-up.
8. Anteojos, lentes de contacto y lentes externos.
9. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos.
10. Fertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones.
11. Miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo. Tampoco cubre cirugía correctiva por defectos de refracción de cornea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares.
12. Estrabismo del asegurado nacido fuera de la vigencia de la póliza.
13. Alteraciones del sueño, trastornos de la conducta y del aprendizaje, así como estado de enajenación mental, de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis y en general cualquier estudio o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico a excepción de aquellas derivados en un accidente.
14. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza experimental o de investigación.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe nacional.
17. Enfermedades y accidentes que sufra el Asegurado bajo el influjo de drogas y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad.
18. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
19. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el Asegurado.
20. Riñas o peleas en que participe directamente el Asegurado, siempre y cuando éste haya sido el provocador.



21. Servicio militar de cualquier clase y participar en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
22. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de la tripulación en cualquier aeronave.
23. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencias, entrenamientos, carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.
24. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en planeadores.
25. Complementos vitamínicos, a menos que sean prescritos por el médico tratante para las enfermedades de cáncer e insuficiencia renal, tales como hierro, complejo B, etc.
26. 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 y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y "LA INSTITUCION", bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la colectividad asegurada de esta póliza.

2. COLECTIVIDAD ASEGURABLE Y COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Se entenderá que la colectividad asegurable está constituida por todas las personas que son familiares de los servidores públicos en activo, sin importar el grado de parentesco que registre como tal el Contratante, a solicitud expresa de los servidores públicos y con cargo total al propio servidor público.

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 2015 a las doce horas del día 31 de diciembre de 2017.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO.

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

5. NOTIFICACIONES.

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

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

6. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad

especializada de atención de consultas y reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7. MONEDA.

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

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

8. ALTAS, BAJAS E INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA

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

Causarán alta en esta póliza, las personas que posteriormente a la celebración del contrato ingresen a la colectividad asegurada, obligándose el contratante a comunicar a la "INSTITUCION". En caso de alta de un asegurado durante la vigencia de la presente póliza, previo llenado del formato de consentimiento para ser asegurado por el interesado, la "INSTITUCION" cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes, calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del aniversario de la presente póliza.

Los asegurados podrán solicitar el aseguramiento en las sumas aseguradas: 379, 444, 592, 740, 1000 o 1500 SMGMVDF dentro de los primeros 30 días naturales de cada año fiscal o a la fecha de su incorporación a la colectividad asegurada, pasado ese tiempo no podrá solicitar el incremento de suma asegurada.

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

Asimismo, causarán baja de este contrato-póliza aquellas personas que hayan dejado de cubrir las primas correspondientes por más de 30 días.

En caso de baja de un asegurado durante la vigencia del contrato-póliza, "LA INSTITUCION" devolverá la prima a prorrata no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

Los asegurados podrán solicitar el decremento de suma asegurada dentro de los primeros 30 días naturales de cada año fiscal, pasado ese tiempo no podrá solicitar el decremento de suma asegurada.

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 INSTITUCION” las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada.

Todos los movimientos anteriores se deberán comunicar a “LA INSTITUCION” dentro de los sesenta días naturales siguientes en que estos ocurran de lo contrario, “LA INSTITUCION” reconocerá los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de ella.

II. DE “LA INSTITUCION”

- a. Entregar reportes de siniestralidad impresa y en medio magnético clasificada por Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación, dentro de los primeros quince días naturales de cada mes.
- b. Generación de reportes de siniestralidad y conciliación de cobranza mensual, semestral y anual de la población asegurada de conformidad con las características requeridas por cada 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 a cargo del Asegurado, de conformidad al calendario establecido por cada Instancia Administrativa y con las características de ésta.
- d. Entregar trimestral el directorio de Hospitales y Médicos en convenio actualizados dentro de los primeros quince días naturales de cada mes.
- e. Asimismo se obliga a verificar las duplicidades de asegurados que existan entre los asegurados de las pólizas de 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 y deberá informar a cada Instancia a efecto de eliminar la duplicidad de aseguramiento, debido a que no podrá haber duplicidad de aseguramiento.
- f. 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 salarios mínimos, suma asegurada en pesos, Contratante, Asegurado Titular, Asegurado Afectado, parentesco, Certificado (Expediente de empleado), Inicio de vigencia termino 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, 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 INSTITUCION" para comprobar las edades asentadas en este contrato-póliza, podrá solicitar en cualquier momento pruebas fehacientes como lo son: acta de nacimiento, credencial de elector, pasaporte, cartilla militar o alguna otra identificación oficial vigente con fotografía. "LA INSTITUCION", una vez que haya solicitado la documentación necesaria para comprobar la edad del asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.
- c. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del asegurado, se estuviese pagando una prima mayor a la correspondiente a su edad real, "LA INSTITUCION" estará obligada a reembolsar el total de la prima en exceso que se hubiese pagado por ese asegurado y el nuevo monto de la prima se ajustará de acuerdo a su edad real.
- d. Si se hubiese pagado una prima inferior que la que correspondía a la edad real o nivel de algún Asegurado, "LA INSTITUCION" sólo estará obligada a cubrir el equivalente de la suma asegurada en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa para su edad real, en la fecha de celebración del contrato.

11. RESIDENCIA.

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

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 periodo pactado y estará exento de tasa de financiamiento por pagos fraccionados, los pagos podrán ser vía depósito bancario de manera mensual, trimestral, de contado o vía descuento por nómina a cargo del servidor público en activo de conformidad a cada Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación.

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

Los pagos de las primas con independencia de la forma contratada, serán cubiertos, directamente por el Servidor público.

13. PERIODO DE GRACIA.

Es el lapso de treinta días naturales a partir del inicio de vigencia de la presente póliza o del vencimiento de cada fracción pactada, con que cuenta el Asegurado para pagar la prima.

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

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

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



Asimismo, dado que el ingreso de asegurados se puede realizar en cualquier momento de la vigencia, limitando su ingreso con lo señalado en la cláusula 2, colectividad asegurable. Cuando se trate de menores de edad, en caso de siniestro, se cubrirá el pago respectivo al contratante.

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

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

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

Transcurrido el lapso de un año "LA 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 INSTITUCION", cuyo deducible obligatorio deberá ser cubierto por el contratante directamente en el hospital en el momento del alta del asegurado.

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

I. PROGRAMACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y/O TRATAMIENTOS.

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

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

II. REPORTE EN EL HOSPITAL.

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

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

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

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

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

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación que sea autorizada por los sistemas indicados con anterioridad y que simultáneamente utilicen Hospitales y Médicos de la Red Médica o Médicos que no siendo de convenio acepten los tabuladores, el Asegurado pagará coaseguro de conformidad con los supuestos contratados, a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00, y no tendrá obligación de pago alguno (diferencias) con respecto a sus honorarios, salvo la obligación en su caso del deducible y los gastos no cubiertos de acuerdo a las Condiciones de este contrato y de los efectuados en exceso de las limitaciones de la presente póliza. Estos montos serán liquidados por el Asegurado al momento de su egreso del hospital.

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

B. REEMBOLSO.

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

Cuando el Asegurado haya cubierto los gastos procedentes por atención médica u hospitalarias conforme a las coberturas amparadas en la póliza, solicitará en el módulo que para tales fines establezca "LA INSTITUCION" o a través de las áreas de Recursos Humanos o de Servicios al Personal de la Instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación señalada en la carátula de la presente póliza, el pago de la indemnización que corresponda acompañando la documentación

respectiva en caso de que la documentación sea incompleta "LA INSTITUCION" deberá informar en el centro de trabajo del Asegurado en un plazo no mayor de siete días naturales, sobre la documentación faltante para que la requisiite.

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

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

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

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

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

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

El mecanismo y/o procedimiento de pago de suma asegurada en caso de fallecimiento del asegurado titular, encontrándose éste en proceso de atención médica para el caso de reembolso o durante el trámite de reclamación que se aplicará es: los cheques resultantes de los trámites de reembolso de un asegurado titular que haya fallecido se pagarán al servidor público en activo en primera instancia, en

segunda a su cónyuge o concubina(o) y en tercera a sus hijos mayores de edad asegurados en su póliza y al no contar con nadie asegurado a los designados mediante testamento o juicio de lo familiar.

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

En el caso de que no se haya realizado simultáneamente la atención médica en Hospitales y Médicos de la Red Médica, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, y que se soliciten por el sistema de reembolso, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y, en su caso, el coaseguro correspondiente a las cláusulas especificadas en las condiciones generales de la póliza y a la cláusula 22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES cuyo tope será de \$30,000.00 M.N. El deducible y coaseguro contratados se especifican en la carátula y/o certificado individual y/o tarjeta de identificación expedida por "LA INSTITUCION".

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

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente póliza.
2. A la cantidad resultante se descontará en su caso primero el deducible y después en su caso la cantidad por coaseguro cuyo tope será de \$30,000.00 M.N., 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 INSTITUCION" liquida a sus médicos en convenio, también se podrá eliminar el periodo de espera, previa autorización de "LA INSTITUCION".

C. PAGO MIXTO.

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

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

D. COMPLEMENTARIO A PAGO DIRECTO.

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

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 INSTITUCION" expresamente acuerdan someterse, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, a las determinaciones del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

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 de acuerdo con 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.

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

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

22. RESTRICCIÓN DE HOSPITALES.

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

Suma Asegurada Básica	Sin potenciación con suma 379 SMGM			Condiciones para la aplicación de deducible y coaseguro
	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro*	
379 SMGMVDF	Tipo "A"	2 SMGMVDF	20%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10% con tope máximo de \$30,000.00 M.N.
379 SMGMVDF	Tipo "B" Y "C"	2 SMGMVDF	0%	
Con potenciación a partir de 444 SMGM				Condiciones para la aplicación

Suma Asegurada Total	Atención en Hospitales	Deducible	Coaseguro	de deducible y coaseguro
444 SMGMVDF 592 SMGMVDF 740 SMGMVDF 1000 SMGMVDF 1500 SMGMVDF	Tipo "A", "B", o "C"	2 SMGVDF	0%	Aplicable en cada padecimiento, enfermedad o accidente cubierto en pago directo o reembolso, salvo aquellas enfermedades que especifiquen pago de coaseguro del 10% con tope máximo de \$30,000.00 M.N.

La aplicación de deducible es obligatoria por única vez para cada enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, el coaseguro se aplicará de conformidad al uso de hospital en cada siniestro, en cuyo caso el tope máximo será de hasta \$30,000.00 M.N.

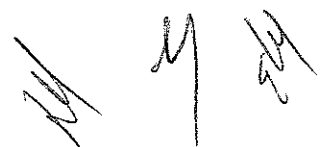
RELACION DE HOSPITALES		
Hospitales Tipo "A"	Hospitales Tipo "B"	Hospitales Tipo "C"
Distrito Federal Hospital Angeles del Pedregal Hospital Angeles de las Lomas Hospital ABC Hospital ABC. Santa Fe Guadalajara, Jal. Hospital Real San José de Zapopan Hospital Angeles del Carmen Cd. Juárez Hospital Angeles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

Nota.- Esta relación de hospitales es enunciativa más no limitativa.

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)



POBLACIÓN S.C.J.N.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.4)

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-19	48	56	104
20-24	2	9	11
25-29	7	14	21
30-34	8	15	23
35-39	10	11	21
40-44	6	7	13
45-49	2	6	8
50-54	2	5	7
55-59	1	6	7
60-64	0	2	2
65-69	3	3	6
70-74	1	3	4
75-79	1	0	1
80-84	0	1	1
	91	138	229



POBLACIÓN C.J.F.

PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO

(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.4)

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-19	161	168	329
20-24	20	42	62
25-29	26	49	75
30-34	27	43	70
35-39	17	33	50
40-44	20	21	41
45-49	9	17	26
50-54	9	25	34
55-59	12	13	25
60-64	5	15	20
65-69	8	7	15
70-74	3	6	9
75-79	1	3	4
80-84	0	2	2
	318	444	762

POBLACIÓN TRIBUNAL ELECTORAL
PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA FAMILIARES DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS EN ACTIVO
(FORMA PARTE DE LA SUBPARTIDA 1.4)

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0-19	18	16	34
20-24	4	4	8
25-29	5	3	8
30-34	1	5	6
35-39	3	7	10
40-44	2	4	6
45-49	0	3	3
50-54	2	2	4
55-59	1	4	5
60-64	0	0	0
65-69	0	1	1
70-74	1	3	4
75-79	1	0	1
80-84	0	0	0
	38	52	90

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
AGUASCALIENTES			
CENTRAL MEDICO QUIRURGICA	A		
HOSPITAL CARDIOLOGICA AGUASCALIENTES			C
CLINICA GUADALUPE			C
EXCIMER LASER			C
CLINICA BIOMATERNA			C
STAR MEDICA AGUASCALIENTES			C
CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS DE AGUASCALIENTE			C
CLINICA RANDOLPH S.C.			C
CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA MEDICA NORTE SC			C
CENTRO MEDICO DEL VALLE			C
BAJA CALIFORNIA			
HOSPITAL ANGELES TIJUANA	A		
HOSPITAL EXCEL		B	
SANATORIO DEL CARMEN			C
HOSPITAL VELMAR			C
HOSPITAL STA. ROSA DE LIMA S.A. DE C.V.			C
HOSPITAL ALMATER			C
HOSPITAL DE LA MUJER			C
HOSPITAL HISPANO AMERICANO SA DE CV			C
CLINICAS ARCE QUIA'ONES S.C.			C
HOSPITAL BONANOVA S.A. DE C.V.			C
HOSPITAL SANTA CATALINA DE TECATE			C
HOSPITAL NOVA			C
CLINICA LITYEN			C
INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA DE BAJA CALIFORNIA S.C			C
HOSPITAL DEL PRADO			C
HOSPITAL GUADALAJARA			C
BAJA CAL. SUR			
CENTRAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS DE LA PAZ SA DE CV			C
MEDICAL CENTER			C
CENTRO MEDICO CABO SAN LUCAS			C
HOSPITAL AMERIMED CABO SAN LUCAS			C
MEDICA LOS CABOS			C
HOSPITAL AMERIMED SAN JOSE DEL CABO			C
BLUE NET NUEVA INVERSION SA DE CV			C
CAMPECHE			
CLINICA CAMPECHE			C
CLINICA SAN MIGUEL			C
MEDI-CLINIC S.A. DE C.V.			C
CENTRO MEDICO CESAT			C
CHIAPAS			
SANATORIO ULLOA HIDALGO S.A DE C.V			C
HOSPITAL DE CARIDAD A.C.			C
SANATORIO LOURDES			C

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
CLINICA GUADALUPE			C
SANATORIO CLINICA SANTA LAURA S.A. DE C.V.			C
HOSPITAL METROPOLITANO DEL SUR S.A. DE C.V.			C
SANATORIO ROJAS			C
SANATORIO MUNOA			C
SANATORIO METROPOLITANO			C
SANATORIO PAREDES ZENTENO			C
CHIHUAHUA			
HOSPITAL ANGELES DE CIUDAD JUAREZ	A		
CENTRO MEDICO DE ESPECIALIDADES DE CD. JUAREZ		B	
HOSPITAL CIMA		B	
CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE		B	
CLINICA DEL CENTRO		B	
CLINICA DELICIAS			C
POLIPLAZA MEDICA			C
HOSPITAL DEL SOL			C
STAR MEDICA CD JUAREZ			C
EYE CONSULTANT GROUP			C
(HOSPITAL MEDICA SUR (GRUPO HOSPITALARIO DE CIUDAD JUAREZ)			C
NUCLEO HOSPITALARIO MED SA DE CV			C
GRUPO DE ESPECIALIDADES NOGALES S. DE R.L DE C.V.			C
CLINICA DE OFTALMOLOGIA DE CHIHUAHUA			C
CLINICA PANAMERICANA DE CHIHUAHUA			C
CLINICA CUMBRES			C
CLINICA DE LA MUJER DE CHIHUAHUA			C
SERVICIOS ONCOLOGICOS DE CHIHUAHUA, S.A. DE C.V.			C
CLINICA DE ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA DE CHIHUAHUA			C
CLINICA UNIVERSIDAD SA DE CV			C
HOSPITAL MEDICA SIERRA			C
CENTRO MEDICO MADERO			C
HOSPITAL DE JESUS			C
COAHUILA			
CHRISTUS MUGUERZA HOSPITAL SALTILLO	A	B	
HOSPITAL EJEZA			C
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE MONCLOVA			C
HOSPITAL GUADALUPANO AC			C
CLINICA MEXICO			C
HOSPITAL INGLES S.A. DE C.V.			C
CENTRO HOSPITALARIO LA CONCEPCION			C
HOSPITAL STA. TERESA			C
SANATORIO ESPANOL			C
HOSPITAL CLUB DE LEONES			C
HOSPITAL ANGELES TORREON			C
CENTRO MEDICO DE LA MUJER			C
INSTITUTO DE LA VISION SA DE CV			C

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
COLIMA			
CENTRO MEDICO DE COLIMA			C
CENTRO MEDICO PUERTA DE HIERRO COLIMA			C
CENTRO MEDICO QUIRURGICO ECHAURI			C
CENTRO MEDICO DE TECOMAN S.A. DE C.V.			C
CENTRO HOSPITALARIO UNION			C
DISTRITO FEDERAL			
HOSPITAL ABC OBSERVATORIO	A		
HOSPITAL ABC SANTA FE	A		
HOSPITAL ANGELES DEL PEDREGAL	A		
HOSPITAL DALINDE		B	
CENTRO MEDICO TIBER		B	
HOSPITAL ESPANOL		B	
HOSPITAL ANGELES MOCEL		B	
MEDICA SUR		B	
HOSPITAL LOS CEDROS			C
HOSPITAL SAN ANGEL INN			C
OPERADORA MEDICA INTEGRAL			C
HOSPITAL RIO CONSULADO			C
CLINICA OMNI LASER			C
HOSPITAL SANTA COLETA			C
SANATORIO SAN JOSE			C
STAR MEDICA INFANTIL PRIVADO			C
SERVICIOS INTEGRALES MEDICOS Y DE ENFERMERIA, S.A. DE C.V.			C
CLINICA GERIATRICA			C
HOSPITAL SAN ANGEL INN UNIVERSIDAD			C
HOSPITAL MERLOS			C
SEDNA HOSPITAL			C
HOSPITAL HMG			C
SANATORIO MERIDA			C
URO CLINIC 2000			C
SANATORIO DURANGO			C
HOSPITAL ANGELES METROPOLITANO			C
HOSPITAL ANGELES LONDRES			C
HOSPITAL SAN ANGEL INN CHAPULTEPEC			C
MEDILAP SA DE CV			C
STAR MEDICA CENTRO			C
HOSPITAL ANGELES ROMA			C
HOSPITAL DE COS			C
HOSPITAL MEDICA LONDRES			C
GRUPO TORRE MEDICA			C
HOSPITAL MARIA JOSE ROMA			C
HOSPITAL MIG			C
HOSPITAL ANGELES LINDAVISTA			C
HOSPITAL PAJEOS			C

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
HOSPITAL SANTIAGO SAN APOSTOL S.A. DE C.V.			C
CLINICA MEDICA SANTA ROSA SA DE CV			C
SANATORIO SAN AGUSTIN			C
OFTALMOLOGICA SUR SA DE CV			C
MEDICA SUR LOMAS			C
CLINICA LASER			C
HOSPITAL ANGELES MEXICO			C
HOSPITAL DIOMED			C
ACTIVE VISION CENTER SC			C
OPTIKLASER VISION CENTER			C
HOSPITAL ANGELES SANTA MONICA			C
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA			C
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS			C
CLINICA TLALPAN			C
INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION			C
HOSPITAL ANGELES ACOXPA			C
HOSPITAL CAMI			C
SANATORIO MEDICO SANTA MARIA TEPEPAN			C
DURANGO			
HOSPITAL SAN JORGE			C
HOSPITAL SAN CARLOS			C
HOSPITAL DE LA PAZ			C
HOSPITAL REFORMA S. DE R. L. DE C.V.			C
CLINICA DEL DIAGNOSTICO DEL GUADIANA			C
SANATORIO SAN JOSE			C
EDO. DE MEXICO			
SANATORIO TOLUCA		B	
CENTRO MEDICO DE TOLUCA S.A. DE C.V.			C
SANATORIO FLORENCIA			C
CENTRAL QUIRURGICA SAN RICARDO			C
SANATORIO VENECIA			C
EDO. DE MEXICO AREA METROPOLITANA			
HOSPITAL ANGELES DE LAS LOMAS	A		
HOSPITAL SATELITE		B	
HOSPITAL RIO DE LA LOZA		B	
CLINICA FUTURA SA DE CV			C
POLICLINICA COACALCO SA DE CV			C
CENTRAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS COACALCO SA DE CV			C
CENTRO GINECOLOGICO Y DE ESPECIALIDADES			C
HOSPITAL EFRATA			C
HOSPITAL SAN RAFAEL			C
STAR MEDICA LUNA PARK			C
HOSPITAL PRIVADO ECATEPEC S.C.			C
CLINICA DE ESPECIALIDADES GUARNEROS SA DE CV			C
STAR MEDICA HOSPITAL VIVO PARADOR AZTECA			C

4

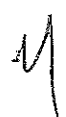
20/11/13

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ESPECIALIDADES MEDICAS POLANCO			C
CLINICA SAME IXTAPALUCA A A			C
HOSPITAL SAN JOSE SATELITE			C
CENTRO OFTALMOLOGICO SATELITE			C
HOSPITAL CENTRO QUIRURGICO SATELITE			C
STAR MEDICA LOMAS VERDES			C
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BOSQUES DE ARAGON			C
STAR MEDICA HOSPITAL VIVO BICENTENARIO			C
CLINICAS DE ESPECIALIDADES MUGUERSI, S.C.			C
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ESPECIALIDADES MEDICAS SAN JOSE			C
CLINICA HOSPITAL SANTO NIÑO DE ATOCHA			C
MULTIMEDICA NORTE			C
ELIZUR			C
HOSPITAL SAME			C
HOSPITAL SAME CHALCO			C
GUANAJUATO			
CENTRAL MEDICO QUIRURGICA	A		
HOSPITAL ANGELES LEON	A		
HOSPITAL ARANDA		B	
CENTRO DE ESPECIALIDADES			C
SANATORIO CELAYA			C
CENTRO HOSPITALARIO MAC			C
HOSPITAL SAN JOSE DE CELAYA			C
CENTRO MEDICO LA PRESA			C
SANATORIO SANTA TERESA			C
HOSPITAL MEDICA INSURGENTES			C
CENTRO MEDICO IRAPUATO			C
CLINICA VIDA			C
TAC TORRE MEDICA DE IRAPUATO			C
MEDICA CAMPESTRE			C
SANATORIO CHAVEZ			C
HOSPITAL SIENA			C
MEDICA INTEGRAL			C
SANATORIO SAN JOSE GALENO GTO			C
HOSPITAL SAN ANGEL			C
SANATORIO SAN JOSE			C
HOSPITAL MEDICA TEC 100			C
GUERRERO			
HOSPITAL MAGALLANES			C
OPERADORA DE SERVICIO DE SALUD SANTA LUCIA			C
HOSPITAL FARALLON			C
MEDICA SAN JOSE			C
HOSPITAL SUR CORPORATIVO			C
HOSPITAL REFORMA			C
CLINICA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ALMATER			C

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
HOSPITAL ROYAL CARE SA DE CV			C
HIDALGO			
SOCIEDAD ESPANOLA			C
ENDOMEDICA			C
CENTRO MEDICO MARFIL			C
HOSPITAL INTERMEDICA			C
SANATORIO MATERNO INFANTIL STA JULIA			C
SANATORIO GUADARRAMA			C
CLINICA TULANCINGO			C
MEDICA QUIRURGICA Y ESP. SANTA MARIA S.A. DE C.V.			C
JALISCO			
HOSPITAL ANGELES DEL CARMEN	A		
HOSPITAL AMERIMED PUERTO VALLARTA	A		
HOSPITAL REAL SAN JOSE	A		
HOSPITAL COUNTRY		B	
HOSPITAL MEXICO AMERICANO		B	
HOSPITAL SAN JAVIER		B	
HOSPITAL SAN JAVIER MARINA		B	
CENTRO MEDICO ARANDAS SAN MARTIN			C
HOSPITAL DEL SAGRADO CORAZON			C
HOSPITAL LA ASCENSION			C
LA ASCENSION DE COCULA SA DE CV			C
HOSPITAL BERNARDETTE			C
LASER OFTALMICO			C
ASESORES MEDICOS (URGENCIAS)			C
HOSPITAL LOMAS PROVIDENCIA			C
SAN FRANCISCO			C
HOSPITAL TERRANOVA			C
HOSPITAL VERSALLES			C
SANATORIO GUADALAJARA			C
SEVICIOS HOSPITALARIOS SANTA CATALINA SA DE CV			C
CLINICA OFTALMOLOGICA LASER CHOZA SA DE CV			C
CENTRO HOSPITALARIO VICOR			C
CLINICA HOSPITAL MEDICA HUMANA			C
ONKOS ONCOLOGIA PRIVADA INTEGRAL SA DE CV			C
HOSPITAL MEDASIST			C
HOSPITAL CMQ PREMIERE			C
CENTRO MEDICO ALTEA'O			C
HOSPITAL VICENTITA			C
HOSPITAL PUERTA DE HIERRO SUR			C
HOSPITAL JARDINES			C
HOSPITAL SANTA MARIA CHAPALITA			C
HOSPITAL ARBOLEDAS			C
JARDINES HOSPITAL DE ESPECIALIDADES			C
HOSPITAL PUERTA DE HIERRO ZAPOPAN (OCP)			C

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
SAN PABLO CENTRO OFTALMOLOGICO			C
HOSPITAL SANTA CECILIA JALISCO			C
MICHOACAN			
CLINICA MEDICA 2000			C
CENTRO MEDICO			C
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SANTA MARIA			C
CLINICA MORELIA			C
FATIMA CLINICA S.A. DE C.V.			C
STAR MEDICA MORELIA			C
SANATORIO LA LUZ			C
HOSPITAL MEMORIAL SA DE CV			C
HOSPITAL ANGELES MORELIA			C
HOSPITAL SANTA MARIA			C
HOSPITAL EL ANGEL			C
HOSPITAL FRAY JUAN DE SAN MIGUEL DE URUAPAN			C
CENTRO MEDICO DE ZACAPU			C
CLINICA HOSPITAL SAN JOSE			C
HOSPITAL SANTA MARIA DE ZAMORA S.A. DE C.V.			C
SANATORIO MEMORIAL			C
MORELOS			
SANATORIO HENRI DUNANT AC		B	
HOSPITAL BELLAVISTA			C
HOSPITAL MORELOS			C
OFTALMICA CUERNAVACA			C
HOSPITAL INOVAMED			C
UNIDAD DE IMAGEN Y METROLOGIA CLINICA			C
HOSPITAL CENTER VISTA HERMOSA			C
TORRE MEDICA SAN DIEGO			C
NAYARIT			
HOSPITAL SAN RAFAEL			C
HOSPITAL PUERTA DE HIERRO TEPIC			C
HOSPITAL REAL SAN FELIPE			C
NUEVO LEON			
DOCTORS HOSPITAL	A		
HOSPITAL SAN JOSE TEC DE MONTERREY	A		
HOSPITAL Y CLINICA OCA	A		
CHRISTUS MUGUERZA ALTA ESPECIALIDAD	A		
CHRISTUS MUGUERZA CONCHITA	A		
CHRISTUS MUGUERZA CLINICA VIDRIERA	A		
CHRISTUS MUGUERZA HOSPITAL SUR		B	
CLINICA MEDICA ALLENDE			C
CLINICA Y MATERNIDAD VIRGINIA			C
CLINICA MATERNO INFANTIL CONCEPCION			C
HOSPITARIA			C
HOSPITAL LA CARLOTA			C





CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
CENTRO MEDICO SAN MATEO			C
UNIDAD QUIRURGICA DE OTORRINOLARINGOLOGIA, S.A. DE C.V.			C
GINEQUITO			C
HOSPITAL SAN FELIPE DE JESUS			C
HOSPITAL SANTA CECILIA DE MONTERREY			C
LA SALLE SALUD SA DE CV			C
HOSPITAL SAN JORGE			C
CENTRO MEDICO DEL NIÑO			C
HOSPITAL SIERRA MADRE SC			C
CENTRO DE CIRUGIA DE CATARATA Y VITREO SA DE CV			C
HOSPITAL SIERRA MADRE			C
OFTALMOLASER QUIRURGICO SA DE CV			C
CENTRO MEDICO AVE			C
MEDICA NORESTE ION			C
SANTA RITA DE CASIA CLINICA DE CIRUGIA Y ORTOPEdia SC			C
BIENESTAR INTEGRAL ONCOLOGICO S.A. DE C.V.			C
PRACTIMED			C
SWISS HOSPITAL			C
CLINICA 0-19			C
CENTRO QUIRURGICO NOGALAR			C
CENTRO MEDICO ZAMBRANO HELLION			C
HOSPITAL ANGELES CIMA MONTERREY			C
HSP SAN PEDRO HOSPITAL			C
AUDIODIAGNOSTICO ALTA ESPECIALIDAD S.A. DE C.V.			C
HOSPITAL ZANITAS			C
OAXACA			
CLINICA HOSPITAL SINAI			C
HOSPITAL CARMEN			C
HOSPITAL REFORMA			C
MEDICA 2002, S.C.			C
CLINICA RODRIGUEZ			C
SANATORIO DEL CARMEN			C
SANATORIO MARIA DE LOURDES			C
CLINICA MEDICO QUIRURGICA HUATULCO			C
CLINICA SAN FRANCISCO			C
MEDICA TUXTEPEC			C
PUEBLA			
HOSPITAL ANGELES DE PUEBLA	A		
CLINICA DE ESPECIALIDADES MONTE SINAI			C
BENEFICENCIA ESPANOLA			C
HOSPITAL PUEBLA			C
UNIDAD HOSPITALARIA LA PAZ SA DE CV			C
CHRISTUS MUGUERZA HOSPITAL UPAEP			C
CHRISTUS MUGUERZA HOSPITAL BETANIA			C
SANATORIO SAGRADO CORAZON			C

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
CLINICA DEL CARMEN			C
HOSPITAL GUADALUPANO			C
QUERETARO			
HOSPITAL ANGELES DE QUERETARO	A		
HOSPITAL SAN JOSE		B	
HOSPITAL SANTA CRUZ			C
HOSPITAL SAN JOSE DE QUERETARO			C
MEDICA TEC 100			C
STAR MEDICA QUERETARO			C
ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN URGENCIAS			C
INSTITUTO DE CORAZON			C
HOSPITAL COSCAMI			C
QUINTANA ROO			
MEDICA SAN MIGUEL DE COZUMEL SA DE CV		B	
HOSPITAL AMERIMED CANCUN			C
HOSPITEN CANCUN			C
HOSPITAL GALENIA			C
ALMACENAMIENTO MEDICO Y HOSPITALARIO SA DE CV (PLAYAMED)			C
HOSPITALES Y SERVICIOS MEDICOS DEL CARIBE SA DE CV			C
QUIRURGICA DEL SUR			C
UNIDAD INTEGRAL UROLOGICA			C
HOSPITAL DE TULUM			C
HOSPITAL AMERIMED ISLAMED			C
CLINICA CARRANZA			C
HOSPITAL SAN CARLOS			C
ALMACENAMIENTO MEDICO Y HOSPITALARIO SA DE CV (PLAYAMED)			C
MEDCAL COMERCIALIZACION SA DE CV (MEDCAL HOSPITAL)			C
VICTORIA MED CANCUN S.A. DE C.V.			C
SAN LUIS POTOSI			
SANATORIO SAN JOSE			C
SANATORIO METROPOLITANO			C
GRUPO MEDISCIN SA DE CV			C
CLINICA SANTA CATARINA			C
BENEFICENCIA ESPANOLA			C
VISION LASER SAN LUIS			C
HOSPITAL ANGELES DE SAN LUIS			C
HOSPITAL LOMAS DE SAN LUIS			C
STAR MEDICA SLP			C
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MEDICAS DE LA SALUD			C
SINALOA			
HOSPITAL ANGELES DE CULIACAN		B	
SANATORIO BATIZ RAMOS			C
SANATORIO CEMSI CHAPULTEPEC			C
CLINICA HOSPITAL CULIACAN			C
NUEVA CLINICA SANTA MARIA			C





CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
CENTRO MEDICO DE GUAMUCHIL			C
CENTRO MEDICO			C
CLINICA DEL MAR DE MAZATLAN			C
HOSPITAL SHARP MAZATLAN			C
HOSPITAL MARINA MAZATLAN			C
HOSPITAL FATIMA			C
HOSPITAL AGRAZ			C
SONORA			
HOSPITAL HERMOSILLO		B	
HOSPITAL CIMA		B	
HOSPITAL SAN JOSE			C
CENTRO MEDICO SUR SONORA			C
CLINICA TRINIDAD			C
CENTRO MEDICO DEL NOROESTE			C
HOSPITAL SAN JOSE DE HERMOSILLO			C
CLINICA DE OTORRINO CON UNIDAD DE CORTA ESTANCIA			C
CLINICA DE OJOS RIOS PENA			C
SANATORIO LOURDES			C
CENTRO MEDICO DE SONORA			C
TABASCO			
HOSPITAL CERACOM	A		
HOSPITAL ANGELES VILLAHERMOSA	A	B	
CLINICA SAN AGUSTIN			C
CLINICA DEL CARMEN			C
HOSPITAL AIR			C
LASIKVISION CENTER DE TABASCO, S.A. DE C.V.			C
OFTALMICA LASER			C
HOSPITAL DEL SURESTE			C
HOSPITAL QUIRURGICO GRANIEL			C
TAMAULIPAS			
HOSPITAL SANTANDER			C
HOSPITAL REGIONAL DEL RIO			C
CLINICA PRADO SUR			C
CHRISTUS MUGUERZA HOSPITAL REYNOSA			C
ROSA HIGINIA PONCE PACHECO (HOSPITAL TIERRA SANTA)			C
CLINICA DE LEON Y GARZA			C
CEMEQ			C
CENTRO MEDICO INTERNACIONAL			C
HOSPITAL SAN CHARBEL			C
HOSPITAL INFANTIL SAN RAFAEL			C
CASAS DE SALUD SAN JOSE			C
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES			C
MEDICA GENESIS			C
HOSPITAL DE LAS AMERICAS			C
CLINICA SAN ANGEL			C

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
HOSPITAL COLOMBRES			C
HOSPITAL CEMAIN			C
BENEFICENCIA ESPANOLA DE TAMPICO			C
HOSPITAL ANGELES TAMPICO			C
TAMPICO SPORTS CLINIC AMBULATORIAS SA DE CV			C
HOSPITAL MEDICA UNIVERSIDAD			C
HOSPITAL SAN ANGEL			C
TLAXCALA			
HOSPITAL CENTRAL			C
HOSPITAL DE JESUS			C
HOSPITAL CEDROS			C
HOSPITAL HUMANITAS DE TLAXCALA SA DE CV			C
CLINICA DE ESPECIALIDADES ZARAGOZA S.A. DE C.V.			C
VERACRUZ			
HOSPITAL ANGELES VERACRUZ	A		
CATALINA VILLEGAS GARCIA (HOSPITAL SAN JOSE)		B	
HOSPITAL MILLENIUM			C
OFTALVER SA DE CV			C
SANATORIO PENARRIETA			C
SANATORIO ZARZA			C
SEMEDIS			C
HOSPITAL MAY			C
HOSPITAL MEDICO DE ESPECIALIDADES MAYO S.A. DE C.V.			C
SANATORIO HUERTA			C
HOSPITAL COVADONGA CORDOBA			C
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA			C
HOSPITAL METROPOLITANO			C
SANATORIO HUMANA			C
HOSPITAL CONCORDIA			C
SANATORIO ESCUDERO			C
HOSPITAL COVADONGA ORIZABA			C
CLINICA SAN JUAN BOSCO			C
CENTRO MEDICO SANTA ELENA			C
HOSPITAL FAUSTO DAVILA SOLIS			C
CENTRO MEDICO REGIONAL S.C.			C
CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DE LAS HUASTECAS			C
BENEFICENCIA ESPAÑOLA			C
CLINICA SAN LUIS			C
HOSPITAL DE MARIA			C
CLINICA CRISTAL			C
SANATORIO SAN FRANCISCO			C
SANATORIO SAN FRANCISCO			C
JAVIER ARMANDO ARREGUIN RUIZ (HOSPITAL VITAL)			C
STAR MEDICA VERACRUZ			C
YUCATAN			

CONCEPTO	TIPO DE HOSPITAL		
	A	B	C
CENTRO MEDICO DE LAS AMERICAS			C
CLINICA MERIDA			C
STAR MEDICA MERIDA			C
CLINICA DE OJOS VIDERE			C
EXCIMER LASER			C
SOCIEDAD MEDICA GARCIA GINERES S.A. DE C.V.			C
ZACATECAS			
HOSPITAL SAN JOSE		B	
HOSPITAL REAL DE MINAS			C
SANATORIO SAN VICENTE DE FRESNILLO			C
HOSPITAL SAN AGUSTIN			C
TORRE MEDICA MEDICOS MILITARES ESPECIALISTAS DE ZACATECAS			C
CLINICA SOMBRERETE			C
HOSPITAL SANTA ELENA			C





PARTIDA 2

**SEGURO DE VIDA O INVALIDEZ
TOTAL Y PERMANENTE DEL PODER
JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN.
(SCJN-CJF-TE)**

PROCEDIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN (SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL Y EL TRIBUNAL ELECTORAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN), PARA EL PERIODO COMPRENDIDO DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2015 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2017.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación de los Seguros del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación) con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2015 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2017.

De acuerdo a las especificaciones técnicas que se señalan en la Partida 2:

La siniestralidad del Poder Judicial de la Federación se entregará a los licitantes al momento de registrarse en el procedimiento de licitación.

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

Contratación del Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente, con vigencia de las doce horas del día 31 de diciembre de 2015 hasta las doce horas del día 31 de diciembre de 2017.

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

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

continuación se indican, así como en aquellas en las que en su futuro se requiera.

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

4. Las empresas participantes deberán presentar propuesta de los siguientes formatos.

- Multiformato para Altas, Modificación de Datos, Modificación de Suma Asegurada, y Designación de Beneficiarios, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:

a. DATOS GENERALES.

- Altas, Modificación de Datos (Suma Asegurada y Designación de Beneficiarios, etc.).
- Fecha de Movimiento.

b. DATOS DEL SOLICITANTE

- RFC.
- No. de expediente.
- Teléfono.
- Póliza No.
- Clave de Adscripción.
- Nombre, apellido paterno, apellido materno.

5. Una muestra de póliza y los formatos correspondientes para trámites.

6. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner.

a).- Uso de los Sistemas y Base de Datos:

Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las tres instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

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

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

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución la fecha de pago correspondiente a la prima básica a cargo de las instancias.

c).- Servicios:

- 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 pólizas, recepción de trámites, gestión de siniestros, etc.), de conformidad al calendario establecido y a las sedes que se acuerden con cada Instancia.
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia, reportes mensuales de 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
 - Desglose de retención en su caso.
 - Tipo de pago (anticipo o total).
 - Remanente de suma asegurada en su caso.

7. Entrega de las Pólizas:

- La Institución entregará las pólizas del Seguro de Vida e Invalidez Total y Permanente, tanto en la zona metropolitana como en el Interior de la República, en un plazo máximo de 45 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar por cada instancia Administrativa, clasificadas de conformidad a los requerimientos de cada instancia.
- En el caso de las pólizas correspondientes a la Corte y al Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRHIA y en la CRHyEA.
- En el caso del Consejo, las pólizas correspondientes a la zona metropolitana se entregarán en la DGSP y para el interior de la República, la Institución deberá enviarlas directamente a las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la Dirección General de Servicios al Personal del Consejo de la Judicatura Federal. Las Administraciones y Delegaciones se encuentran ubicadas en las ciudades descritas en la tabla de Unidades Administrativas del presente anexo técnico.
- La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas de Seguro de Vida e Incapacidad Total y Permanente.
- Las pólizas deberán integrarse de la siguiente forma:
 - a) Los certificados de 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.
 - b) Los certificados deberán emitirse 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).
 - c) Los formatos de trámites, guía de reclamaciones y las condiciones generales de la póliza deberán entregarse a cada instancia administrativa de manera electrónica, así como su disponibilidad en página electrónica exclusiva para el Poder Judicial de la Federación.

CONDICIONES GENERALES QUE INTEGRAN EL SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

DEFINICIONES.

Aseguradora

Nombre de la Compañía de Seguros

Asegurados

Los servidores públicos del Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral), Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo, así como jubilados y pensionados.

Siniestro

Fallecimiento, o incapacidad total y permanente o invalidez.

Cobertura básica

La protección por 40 meses del sueldo básico por fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez.

Cobertura potenciada.

La protección adicional a la cobertura básica por 68 meses para el personal operativo y 40.5 meses o 68 meses en el caso de Mandos Medios y Funcionarios Superiores, de la percepción ordinaria (sueldo básico) por fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez.

Para los Ministros Jubilados, Ministros en Retiro y por Conclusión de Encargo la protección adicional a la cobertura básica será de 40.5 o 68 meses de la pensión mensual por fallecimiento.

Cobertura básica para pensionados

La protección por 18 meses del monto de su pensión mensual que tenía a la fecha de fallecimiento, salvo los ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo quienes serán considerados asegurados.

Consentimiento Individual y designación de beneficiarios

Aceptación del asegurado en el formato que requisitará y en el que designa a sus beneficiarios.

Contrato

Documento jurídico en donde la Aseguradora se obliga mediante una prima a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista.

Contratante

Poder Judicial de la Federación.

Órganos del Poder Judicial de la Federación

Suprema Corte de Justicia de la Nación
Consejo de la Judicatura Federal
Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación

Endoso

Documento mediante el cual se establecen condiciones específicas de conformidad con el grupo asegurable que requieren los Órganos, que forma parte del contrato.

ISSSTE

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

Incapacidad total y permanente

Es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, provocado por un accidente de trabajo en términos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Incapacidad total permanente

La pérdida de facultades o aptitudes de una persona que le imposibilitan para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida, de conformidad con la Ley Federal del Trabajo.

Invalidéz

Estado físico que se traduce en la pérdida definitiva de la capacidad de trabajo debido a una disminución notable de la salud en la persona ocasionada por una enfermedad física o mental de tipo general por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, en términos de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Oficinas en provincia

Instalaciones de la Aseguradora o promotorías en las distintas entidades federativas de la República Mexicana a través de las cuales los asegurados serán atendidos.

Sueldo Básico

Para efectos de este contrato se entenderá por percepción ordinaria la suma del sueldo base y la compensación garantizada en el caso de Mandos Medios y Funcionarios Superiores y compensación de apoyo para el personal del nivel operativo (bruta y mensual).

Pensión

La renta o retiro programado.

Jubilados

Toda persona a la que la legislación laboral le reconozca tal carácter. Jubilados son aquellos trabajadores que se pensionan con cotización de 30 años o más y las trabajadoras que hubieren cotizado con 28 años o más al ISSSTE.

Pensionados

Los pensionados son los trabajadores que tengan pensión por cualquiera de los supuestos establecidos en la Ley del ISSSTE.

Póliza

Número con el que la Aseguradora identificará a los Órganos participantes en el contrato de Seguro.

Prima básica

Costo de la cobertura básica.

Prima potenciada

Costo de la cobertura potenciada.

CLÁUSULAS GENERALES

Primera. Colectividad asegurada

- a. Los servidores públicos, Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo que en virtud de nombramiento legalmente expedido o acuerdo correspondiente, cualquiera que sea su edad, es decir, que no existe un límite de edad, sexo u ocupación presten sus servicios a los Órganos participantes.

- b. Los pensionados y jubilados de los Órganos del Poder Judicial de la Federación, cualquiera que sea su edad, sexo u ocupación, excepto aquellos pensionados que gocen de una pensión por invalidez.

Quedan expresamente excluidos de este seguro:

Las personas que prestando sus servicios a favor de cualquiera de los Órganos, perciban sus emolumentos por honorarios.

Segunda. Suma asegurada básica para servidores públicos, Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo.

La Aseguradora pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del fallecimiento o de la incapacidad total y permanente o invalidez del asegurado, el monto equivalente a cuarenta veces su sueldo básico al momento de ocurrir el siniestro.

- I. Con motivo del fallecimiento del asegurado, directamente a los beneficiarios designados por él mismo; o
- II. Tratándose de incapacidad total y permanente o invalidez, al propio asegurado. La fecha de siniestro para el caso de incapacidad total y permanente o invalidez será la fecha de baja del Órgano.

El pago del importe total de la mencionada suma asegurada, se realizará en una sola exhibición, directamente a los beneficiarios que haya designado el asegurado o al propio asegurado.

El pago de suma asegurada de la cobertura por fallecimiento excluye el de la Incapacidad Total y Permanente o Invalidez y, el de este último, al primero.

Los Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo, así como los pensionados y jubilados tendrán únicamente la cobertura por fallecimiento.

Tercera. Suma asegurada potenciada para servidores públicos, Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo.

El Contratante y la Aseguradora convienen que los servidores públicos protegidos por este seguro, podrán hacer aportaciones adicionales de prima con cargo a su salario a través del sistema de nómina, que se aplicarán al incremento de la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento o incapacidad total y permanente o invalidez a que se hace mérito en este instrumento.

La protección adicional a la cobertura básica es por 68 meses para el personal operativo y 40.5 meses o 68 meses en el caso de Mandos Medios, Funcionarios Superiores, ministros en retiro 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 el personal operativo, mandos medios y funcionarios superiores aplica la cobertura de incapacidad total y permanente o invalidez.

Cuarta. Suma asegurada para pensionados.

La Aseguradora pagará por concepto de suma asegurada, con motivo del fallecimiento del pensionado o jubilado asegurado, el monto equivalente a dieciocho veces el importe de su pensión mensual al momento de ocurrir el siniestro.

El pago del importe total de la mencionada suma asegurada, se realizará en una sola exhibición, directamente a los beneficiarios que haya designado el asegurado.

Quinta. Prima básica

Prima de servidores públicos, Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo.

El importe de la prima a pagar durante la vigencia del contrato, por cada asegurado será la cantidad equivalente a % de su sueldo básico, y/o haber de retiro y/o pensión que será cubierto por los Órganos, en donde labore o laboró dicho servidor público.

Prima pensionados

En el caso de los pensionados o jubilados asegurados, el monto de la prima mensual a pagar durante la vigencia del contrato, por cada asegurado, será la cantidad equivalente al % de su pensión mensual, que se cubrirá por cada pensionado o jubilado a través del ISSSTE mediante descuento por nómina.

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 ASEGURADORA, verificará esa percepción con el Tabulador de Sueldos que se encuentre vigente.

Séptima. Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios

Cualquier miembro de la colectividad asegurada deberá requisitar el formato de consentimiento para ser asegurado y deberá hacer designación de beneficiarios, mediante el formato establecido en el presente contrato el cual deberá entregar al Órgano que corresponda; en caso de no hacerlo, no será responsabilidad para el Órgano o para la Aseguradora, cuando suceda un siniestro. En el supuesto de que no hubiere un consentimiento firmado, se considerará que no existe designación de beneficiarios y se procederá conforme a lo establecido en la legislación aplicable.

Como excepción a lo anterior, cuando ocurra el fallecimiento del asegurado y no exista designación de beneficiarios; cuando fallezcan los beneficiarios al mismo tiempo o con anterioridad al asegurado o cuando fallezca el asegurado una vez iniciado el trámite para el pago de la suma asegurada relativa a la cobertura de incapacidad total y permanente o invalidez, la aseguradora desahogará la "Acreditación de Beneficiarios", siempre y cuando, el asegurado no haya elaborado testamento, la suma asegurada no rebase las 400 veces el salario mínimo general mensual vigente para el D.F. y área metropolitana y el parentesco de los reclamantes sea de cónyuge, hijos o padres sujetándose en todo

momento a lo establecido en el Código Civil Federal en lo que respecta a la sucesión testamentaria. Dicho beneficio también es aplicable al beneficiario designado, en el supuesto que falleciera con posterioridad al asegurado y no hubiera hecho efectivo el derecho al cobro del seguro. Este beneficio es aplicable tanto para la suma asegurada básica y, en su caso, a la de potenciación.

El servidor público requisitará el formato denominado "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios", establecido en el presente contrato. El cual será autocopiable en 2 tantos; el original se entregará a la Aseguradora a través del Órgano correspondiente, la primera copia se integrará al expediente personal del servidor público y la segunda copia se entregará al asegurado o en su caso el área correspondiente lo resguardará.

El original y las copias contarán con el sello original del Órgano. En caso de fallecimiento, la Aseguradora pagará conforme a la última designación de beneficiarios que haya recibido.

El asegurado podrá hacer cambio de beneficiarios en cualquier momento, para lo cual deberá requisitar nuevamente el formato denominado "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios" y entregarlo en el área correspondiente de cada Órgano, para que a su vez la copia correspondiente sea remitida a la Aseguradora para su resguardo. En caso de no hacerlo oportunamente y se pague el importe del seguro al último beneficiario del que la Aseguradora haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta. La Aseguradora pagará el importe del seguro al último beneficiario del que tuvo conocimiento.

Cuando no exista beneficiario designado o si éstos fallecen antes o al mismo tiempo que el servidor público asegurado y no exista designación de otro beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario.

Cuando existan varios beneficiarios, la parte del que fallezca antes o al mismo tiempo que el asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo pacto en contrario.

La designación de beneficiarios otorgada por el servidor público en el consentimiento del Seguro de Vida o Invalidéz Total y Permanente, será la que se utilizará para pagar la suma asegurada, tanto de la prima básica como de la prima potenciada.

En tanto la aseguradora cuente con designación de beneficiarios actualizada por parte de cada uno de los asegurados, la aseguradora aceptará una copia certificada de la documentación que obre en el expediente personal de la Instancia Administrativa 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), conforme a derecho proceda.

En caso de que exista alguna diferencia en la firma del asegurado, estampada en el consentimiento, 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 tenga bajo resguardo el contratante. En caso de no existir

ninguno de los dos supuestos anteriores, presentar juicio sucesorio para el pago correspondiente.

La aseguradora deberá analizar los siniestros y llevar un control a efecto de evitar la posibilidad de un doble pago, lo que será únicamente responsabilidad de la aseguradora.

Octava. Baja del servicio

Al separarse el servidor público asegurado del servicio activo en el Órgano en que labore, automáticamente causará baja de este seguro, salvo que dicha separación tenga como causa inmediata la pensión del trabajador y desee continuar asegurado, para lo cual deberá pagar el importe de las primas, a través del ISSSTE.

En todo caso, los pensionados que deseen continuar asegurados, quedarán protegidos sólo por el riesgo de fallecimiento, con una suma asegurada equivalente a dieciocho veces el monto de su pensión mensual a la fecha del siniestro.

Este derecho deberá ejercerse a más tardar dentro de los noventa días hábiles siguientes a aquél en que el servidor público cause baja del servicio activo con derecho a pensión.

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 Aseguradora, con los beneficios que la Aseguradora y el servidor público acuerden, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos en la misma. Para ejercer este derecho, la persona separada de la colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora dentro de los treinta días hábiles siguientes a su separación.

La suma asegurada contratada por el ex servidor público deberá ser la misma con la que contaba cuando era servidor público; a excepción de que él decida lo contrario, solicitará otra suma asegurada, mayor o menor a la que tenía.

El pago de la prima de este seguro será a cargo del asegurado.

Décima. Pago de suma asegurada

Al ocurrir el siniestro del asegurado, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, el monto de la suma asegurada que corresponda, en menos de cinco días hábiles para el Distrito Federal y Zona Metropolitana y diez días hábiles en el interior de la República, contados a partir de que la aseguradora reciba la documentación siguiente:

1. Solicitud para el Pago del Seguro de Vida o Invalidez Total y Permanente
2. Acta de defunción certificada por el Registro Civil.
3. Copia del último comprobante de pago (talón o constancia).
4. Copia de designación de beneficiarios.
5. Copia de identificación oficial vigente del servidor público.

6. Copia de identificación oficial vigente de los beneficiarios.
7. Copia simple del aviso de baja del PJF (se excluye para los Ministros en retiro, jubilados o por conclusión de encargo y pensionados).
8. Acta de nacimiento, matrimonio civil o cualquier otra figura reconocida por la legislación civil, certificada por el Registro Civil que compruebe el grado de parentesco entre el servidor público y los beneficiarios, cuando así sea el caso.
9. Copia de comprobante de domicilio de los beneficiarios.

En caso de extravío del comprobante de pago, los Órganos o la instancia competente, expedirán al asegurado una constancia que tendrá la misma validez que el comprobante de pago.

En el supuesto de que el asegurado designe a menores de edad, se deberá estar a lo establecido en la legislación aplicable.

Para el pago de la suma asegurada por incapacidad total y permanente o invalidez del servidor público asegurado, se deberá entregar a la Aseguradora la misma documentación anteriormente descrita, a excepción de los documentos descritos en los numerales 2, 4, 6 y 8. Asimismo, deberá entregar copia certificada del dictamen de incapacidad total y permanente, o en su caso, de invalidez, expedido por el ISSSTE.

La fecha de siniestro para el caso de incapacidad total y permanente o invalidez será la fecha de baja del Órgano.

El dictamen emitido por el ISSSTE es inapelable.

En caso de fallecimiento en el extranjero, y en el supuesto de que no se expidan actas de defunción, la Aseguradora aceptará el documento expedido por la autoridad del país donde falleció.

Anticipo del 10% de suma asegurada por Gastos Funerarios.

La Aseguradora pagará por concepto de anticipo para gastos funerarios, el 10% de la suma asegurada contratada para la cobertura de fallecimiento, 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.

El beneficiario, deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Solicitud de pago por escrito;
- b) Original y copia del certificado de defunción del asegurado;
- c) Identificación oficial vigente con fotografía y firma del beneficiario;
- d) Designación de beneficiarios;
- e) Copia del último talón de pago que cobró el asegurado, donde se encuentre reflejado el 100% de su sueldo; y
- f) Copia de identificación oficial vigente del servidor público.

El pago de dicho anticipo reduce proporcionalmente el de la suma asegurada por fallecimiento, respecto a aquel beneficiario que reclame y reciba expresamente el anticipo.

En caso de extravío del comprobante de pago, los Órganos o la instancia competente expedirán al asegurado una constancia que tendrá la misma validez que el comprobante de pago.

En ningún momento el 10% de anticipo de la suma asegurada podrá ser mayor del porcentaje que le corresponde al solicitante conforme a la última designación de beneficiarios.

Anticipo del 40% de suma asegurada para Enfermedades Terminales.

Se considera como enfermedad en fase terminal todo padecimiento con diagnóstico definitivo, cuyo pronóstico sea fatal o mortal en un lapso de tiempo que puede ser desde unos días hasta un año. Por este beneficio se otorga al asegurado por una sola vez, el anticipo del 40% de la suma asegurada, para que cuente con el apoyo económico que le ayude a solventar los gastos que se deriven al diagnosticarle una enfermedad terminal.

Para los trámites de indemnización por concepto de fallecimiento, incapacidad total y permanente o invalidez, el tiempo de respuesta deberá ser menor a los 5 días hábiles.

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 cardíaca
- 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 cardíaca: Incapacidad del corazón para funcionar normalmente: Es el caso fisiopatológico en el que una anomalía cardíaca 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 de 25% o menos del ventrículo izquierdo.

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 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:

- Solicitud de pago por escrito;
- En caso de ser una enfermedad cubierta por la póliza de gastos médicos mayores, el asegurado podrá presentar copia de los últimos informe 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.
- Identificación oficial vigente con fotografía y firma del servidor público; y,
- Copia del último talón de pago que cobró, donde se encuentre reflejado el 100% de su sueldo.

Es importante mencionar que cuando algún Órgano solicite un pago con carácter de urgente, se deberá atender en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas a partir de que la Aseguradora reciba la documentación correspondiente.

En el supuesto de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos anteriormente mencionados, no cumpla con la obligación de pagar la suma Asegurada dentro del plazo legal establecido para su exigibilidad, se estará a lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Décima primera. Formas de pago

La Aseguradora pagará al asegurado la suma asegurada, a través de sus centros de servicio o de cada Órgano, por medio de depósito en cuenta, para lo cual el asegurado o el beneficiario deberá presentar una copia del estado de cuenta en donde se identifique la CLABE y el Banco, o a través de cheque, el cual se puede enviar por correo certificado al domicilio del asegurado o beneficiario, o al domicilio de cada Órgano.

Décima 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 él, la prima correspondiente será cubierta por la Aseguradora, incluyendo, en su caso, la de la potenciación de la suma asegurada, siempre y cuando la tuviera contratada el asegurado previamente al inicio de dicha licencia, sin necesidad de que el Órgano o el asegurado tenga que reportar a la Aseguradora dicho periodo de licencia, por lo que continuará protegido por el Seguro de Vida o Invalidéz Total y Permanente.

En caso de siniestro se emitirá el documento correspondiente que acredite la licencia con goce de sueldo o sin goce de sueldo, únicamente por licencia médica.

Licencias para el desempeño del cargo de elección popular, por Comisiones Sindicales o de Carácter Personal.

Cuando al servidor público le haya sido concedida alguna de estas licencias tendrá derecho a continuar protegido en el seguro tanto en la cobertura básica como en la potenciación, siempre y cuando lo notifique a la Aseguradora por escrito dentro de los diez días hábiles posteriores a la fecha de otorgamiento de licencia, y pague él mismo el costo de prima básica y, en su caso, potenciada; dicho costo será el que tenía al encontrarse como servidor público, mediante depósito en cuenta de la Aseguradora, para lo cual la misma le proporcionará el número de cuenta en donde tiene que hacer los depósitos.

El pago deberá hacerse dentro de los diez días hábiles a partir del inicio de la licencia que corresponda.

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 Aseguradora argumente no haber recibido dicho pago por parte de los Órganos o ISSSTE, bastará que el servidor público o el pensionado presente ante la Aseguradora su recibo de pago en donde refleje el descuento del seguro para que la Aseguradora acepte el pago retroactivo de las primas adeudadas por parte de los Órganos o ISSSTE.

Décima Cuarta. Prima potenciada

En el lapso de 90 días naturales, posteriores al inicio de vigencia, la Aseguradora deberá recabar, tanto el formato de consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios como el formato correspondiente en caso de que el servidor público desee potenciar su seguro. En tanto los Órganos no cuenten con esta autorización, no podrán aplicar ningún descuento del sueldo básico del servidor público. Cada Órgano acordará con la Aseguradora el calendario para la recepción de los formatos que esta última recabe.

El descuento será a partir de la siguiente quincena que aplique conforme al calendario de nómina de cada Órgano, en relación con la fecha en que el servidor público firme el documento de autorización.

En el supuesto de que el asegurado fallezca habiendo aceptado la potenciación sin que se aplique el descuento correspondiente, la aseguradora pagará la suma asegurada respectiva a la potenciación elegida.

Los servidores públicos 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 contraten este beneficio, y para solicitar el pago de la suma asegurada bastará con que se refleje el descuento por este concepto en el recibo de pago de cada asegurado.

Jubilados o Pensionados

La Contratante y la Aseguradora convienen que los pensionados protegidos por este seguro, podrán hacer aportaciones adicionales de prima con cargo a su pensión a través del sistema de nómina, que se aplicará al incremento de la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento a que se hace mérito en este instrumento.

Décima quinta. Vigencia

El presente contrato tiene una vigencia a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre de dos mil quince y concluye a las 12:00 horas del 31 de diciembre de dos mil diecisiete.

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.

Para cualquier modificación se requiere la autorización expresa de los Órganos y la Aseguradora.

Décima séptima. Moneda

Todos los pagos relativos a este seguro, ya sean por parte de los Órganos o el asegurado o la Aseguradora, se harán en **moneda nacional**.

Décima 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 Aseguradora haya

tenido conocimiento de él y, si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido en su favor.

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

Décima 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 los Órganos que estén relacionados con el asunto, por escrito, en su domicilio.

Los que se realicen a la Aseguradora por parte de los Órganos se harán por escrito en el domicilio que se establezca en el presente contrato.

Vigésima 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

Artículo 142, fracción XVI, Ley del Impuesto Sobre la Renta.

Se entiende que, entre otros, son ingresos en los términos de este Capítulo los siguientes:

XVI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios, que no se consideren intereses ni indemnizaciones a que se refiere la

fracción XXI del artículo 93 y el artículo 133 de esta Ley, independientemente del nombre con el que se les designe, siempre que la prima haya sido pagada por el empleador, así como las que correspondan al excedente determinado conforme al segundo párrafo de la fracción XVII del artículo 93 de esta Ley. En este caso las instituciones de seguros deberán efectuar una retención aplicando la tasa del 20% sobre el monto de las cantidades pagadas, sin deducción alguna y expedir comprobante fiscal en el que conste el monto de la operación, así como el impuesto retenido que fue enterado.

Cuando las personas no estén obligadas a presentar declaración anual, la retención efectuada se considerará como pago definitivo. Cuando dichas personas opten por presentar declaración del ejercicio, acumularán las cantidades a que se refiere el párrafo anterior a sus demás ingresos, en cuyo caso podrán acreditar contra el impuesto que resulte a su cargo, el monto de la retención efectuada en los términos del párrafo anterior.

PARTIDA 3

**SEGUROS DE BIENES
PATRIMONIALES DEL
PODER JUDICIAL DE LA
FEDERACIÓN**

Handwritten marks:
A circle with an 'X' inside, followed by a vertical line, a diagonal line, and a signature that appears to be 'Hos' and 'y'.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

De acuerdo a las especificaciones técnicas que se señalan en:

PARTIDA 3: Seguro de Bienes Patrimoniales del Poder Judicial de la Federación

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. Las empresas podrán adjuntar instructivos, manuales, guía rápida, etc., y en su caso los demás aspectos que en su conjunto mejoren, especialicen y actualicen el servicio solicitado, tales como folletería, instructivos de llenado, dípticos del servicio, etc.
2. Las participantes deberán proporcionar Directorio de oficinas de servicio.
3. Las empresas participantes deberán presentar propuesta del siguiente formato.

- Multiformato para Altas, Bajas, Modificación y Coberturas.

4. Una muestra de la póliza.

5. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.

a).- Uso de los Sistemas y Base de Datos:

Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las tres instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución, la fecha de entrega de la factura correspondiente para su pago, el cual una vez entregada dicha factura se contara con 30 días hábiles para su pago.
- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución, el número de quincenas a descontar para las casas habitación que contraten de manera voluntaria los servidores públicos.

c).- Servicios:

- La Institución deberá proporcionar el servicio de un Centro de Atención Telefónica Gratuito, las 24 horas del día, los 365 días del año; asimismo deberá contar con personal especializado que conozca e informe las condiciones del Poder Judicial de la Federación y que proporcione la atención en caso de algún siniestro.

- La Institución deberá asignar un ejecutivo de cuenta o un coordinador para las tres Instancias Administrativas (SCJN, CJF, TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional, las 24 horas del día, los 365 días del año.
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia al área correspondiente, reportes mensuales de siniestralidad para la partida 3, precisando que la siniestralidad de las pólizas voluntarias de casa-habitación contratada por lo servidores públicos se entregará por separado, reiterando que ésta no afectará la siniestralidad de la póliza de bienes patrimoniales del Poder Judicial de la Federación.

6. Entrega de las Pólizas:

- La Institución entregará las pólizas, en un plazo máximo de 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos a asegurar por cada instancia Administrativa.
- Las pólizas de casa habitación que contraten de manera voluntaria los servidores públicos, se deberán entregar a las áreas correspondientes de cada instancia administrativa. En el caso de las pólizas de la Corte, el Consejo y del Tribunal, se deberán entregar en su totalidad en la DGRHIA, DGSP y en la CRHyEA.
- La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas.

ANEXO TÉCNICO BIENES PATRIMONIALES

PÓLIZA MÚLTIPLE INTEGRAL FORMADA POR LAS SECCIONES DE:

* INCENDIO y RIESGOS ALIADOS PARA: EDIFICIOS Y CONTENIDOS

APARTADO 1

INCENDIO: EDIFICIOS, I CONTENIDOS II

1 BIENES CUBIERTOS:

SECCIÓN I.- EDIFICIOS:

Toda propiedad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", siempre y cuando se encuentren dentro de los predios propiedad o tomados en comodato o que estén bajo su responsabilidad, de los que se tenga un interés asegurable y se encuentren dentro de la República Mexicana, así como, aquéllos inherentes a su operación y funcionamiento, tales como a continuación se describen siendo esto enunciativo y no limitativo a: edificios, construcciones, instalaciones, así como adaptaciones, ampliaciones, sótanos, bardas, banquetas, rejas, jardineras, sistemas de seguridad y sus accesorios, las instalaciones de servicios, tales como: agua, clima artificial, protecciones contra incendio, telefonía, suministro eléctrico, alumbrado y gas propiedad o bajo responsabilidad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", edificios terminados que por su naturaleza de su ocupación carezcan total o parcialmente de techos, ventanas o muros macizos, siempre y cuando dichos edificios hayan sido diseñados y/o contruidos para operar a la intemperie. (Excepto terrenos).

Queda amparada la cimentación de los inmuebles propiedad del Poder Judicial de la Federación.

Se anexa en disco óptico listado de ubicaciones que indica domicilio de los inmuebles, valores y su situación jurídica.

- Suprema Corte de Justicia de la Nación
- Consejo de la Judicatura Federal
- Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación

SECCIÓN II.- CONTENIDOS:

Como contenidos, inventarios, mobiliario y equipo de oficina localizados en los inmuebles propiedad o bajo custodia o tomados en comodato, arrendamiento o que tenga interés asegurable en la República Mexicana, inventarios, contenidos y/o bodegas de materiales y todo tipo de existencias y todo aquello en donde se tenga interés asegurable con relación a los bienes descritos, equipos para seguridad, instrumental médico, existencias en almacén general, obras de arte como contenidos, acervo bibliográfico y/o bienes culturales, equipo y bienes del cuerpo de seguridad y vigilancia, se requiere el aseguramiento de estos bienes resguardados como contenidos en el almacén e igualmente los que se encuentren instalados y en operación, vehículos en calidad de enajenación ya sea usados o en almacenaje, hasta el valor designado, dentro de los inmuebles en propiedad, arrendamiento, comodato, de terceros, bajo custodia o depósito

en cualquiera de sus formas de “EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN ” en la República Mexicana.

Bienes que por su propia naturaleza, se encuentran a la intemperie (los bienes que se encuentren a la intemperie son aquellos que están diseñados para estar en estas condiciones, todos ellos se encuentran dentro del predio de los inmuebles a cargo Poder Judicial de la Federación), en jardines, muros de contención y bienes localizados debajo del nivel de la calle, tales como sistemas de desagüe y drenaje, de elevación (elevadores y sus sistemas en sótanos), transmisiones eléctricas, sótanos, sotechados, por debajo del nivel del piso más abajo o a la intemperie, en los cuales se encuentran: archivos, bienes, consumibles, mercancías, papelería, equipos de oficina, material bibliohemerográfico, se requiere el aseguramiento de estos bienes resguardados como contenidos en el almacén e igualmente los que se encuentren instalados y en operación, así como calderas, plantas de emergencia, instalaciones de comunicación convencional y satelital.

El límite establecido para obras de arte como contenidos, tiene por objeto cubrir la totalidad de los bienes artísticos que forman parte del acervo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se encuentra distribuido en todos los inmuebles de dicho órgano y las medidas adoptadas son las mismas que se señalaron para los inmuebles en materia de seguridad y protección.

Vehículos inactivos en bodega.

El Consejo de la Judicatura Federal es el único órgano que a la fecha aplica esta cobertura; no cuenta con una relación de unidades y son vehículos inactivos, en proceso de enajenación, propios y/o de terceros fuera de circulación (los cuales se encuentran a la intemperie o bajo techo, con las medidas de seguridad necesarias para evitar su deterioro por daños materiales, sin combustible), en el caso de operar esta cláusula, el Poder Judicial de la Federación deberá demostrar la preexistencia del bien y proporcionar el valor de reposición del mismo, el robo de accesorios se encuentra excluido.

1 RIESGOS CUBIERTOS PARA LAS SECCIONES I Y II.

Todo Riesgo, Todo Bien, Primer Riesgo: La Compañía indemnizará a “EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN” de todo riesgo de pérdida o daño que sean de carácter físico o material, accidental, súbito, violento, imprevisto, fortuito que sufran todos los bienes y cubriendo todos los riesgos ocasionados que estén amparados tanto en las condiciones generales, condiciones especiales, condiciones particulares, así como las condiciones de convenio expreso de sus contratos autorizados de adhesión, asimismo, la Aseguradora debe señalar las exclusiones de sus contratos de retención y las del reaseguro facultativo, en el caso que sea requerido.

Los Riesgos son como a continuación se describen de manera enunciativa pero no limitados a:

- Incendio y/o rayo
- Explosión
- Aviones, vehículos y humo.
- Extensión de cubierta
- Explosión
- Huelgas, alborotos populares, conmoción civil, vandalismo y daños por actos de personas mal intencionadas
- Naves aéreas u objetos caídos de ellas
- Vehículos o naves aéreas propiedad del asegurado o a su servicio, o propiedad o al servicio de inquilinos

- Roturas o filtraciones accidentales de tuberías o sistemas de abastecimientos de agua o de vapor
- Descargas accidentales o derrame de agua o de vapor de agua, provenientes de aparatos o equipos industriales o domésticos, comprendiendo sistemas de refrigeración, acondicionamiento de aire o calefacción
- Caída de árboles
- Derrame de equipo de protección contra incendio.
- Terremoto y erupción volcánica
- Gastos extraordinarios
- Remoción de escombros

SECCIÓN III.- TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA

Los bienes amparados por la Póliza a la cual se adhiere esta cobertura, quedan también cubiertos contra daños materiales directos causados por Terremoto y/o por Erupción Volcánica.

Se deberán incluir bardas, patios exteriores, escaleras exteriores y construcciones que se encuentren separadas del inmueble principal en las ubicaciones que ampara esta póliza.

SECCIÓN IV.- FENÓMENOS HIDROMETEOROLÓGICOS

- Riesgos Hidro-meteorológicos
- Avalanchas de lodo
- Granizo
- Helada
- Huracán
- Inundación
- Inundación por lluvia
- Marejada
- Golpe de mar o tsunami
- Nevada
- Vientos Tempestuosos

SECCIÓN V.- GASTOS EXTRAORDINARIOS.

Quedan amparados los Gastos Extraordinarios como consecuencia directa de los daños en la presente póliza de todo riesgo de cualquier riesgo cubierto en la póliza de Todo Riesgo de Incendio, de las **Secciones I, II, III y IV** si sobreviene una interrupción de las operaciones, con el fin de continuar en caso de siniestro, con las operaciones normales de la ubicación afectada, de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", es decir se cubren los costos y gastos extras relacionados con el siniestro que necesariamente tengan que seguir erogando tales como: Gastos fijos (como renta, transportes, mudanzas, adecuación de instalaciones y otros servicios requeridos para su reubicación, adaptación o rehabilitación de las operaciones), reparaciones provisionales, tiempos extraordinarios para apresurar la reparación siniestrada, el uso de envíos por servicio rápido, por otros medios de transporte, servicio de vigilancia, renta de oficinas, muebles, equipo, fletes, gastos de maniobras y gastos de la zona siniestrada, que tengan que continuar pagándose.

2. LAS SUMAS ASEGURADAS Y/O VALORES DECLARADOS (SON VALORES DE REPOSICIÓN AL 100%).

3. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD A PRIMER RIESGO POR UNIDAD Y/O EVENTO.

La compañía indemnizará al asegurado el 100% de todas las pérdidas registradas en la anualidad, arriba de los deducibles establecidos, hasta el valor del bien dañado pero sin rebasar el Límite Máximo de Responsabilidad a Primer Riesgo y por evento y/o equipo indicado a continuación y para cada uno de los siguientes ramos de la Póliza Múltiple Integral.

NOTA:

1.- Las Sumas Aseguradas y los Límites Máximos de Responsabilidad son sin relación de bienes ni de ubicaciones y en caso de siniestro se demostrará la posesión del bien, con la documentación legal que acredite los bienes.

Durante la vigencia de la póliza, no se reportarán las adquisiciones o movimientos de bienes asegurados. No se reportarán movimientos de bienes asegurados, sin embargo, se requiere el aseguramiento de contenidos adquiridos durante la vigencia y deberán estar amparados bajo el sublímite que corresponda al tipo de bien y riesgo, hasta el límite máximo de responsabilidad establecido exceptuando equipos que por su valor incrementen la suma asegurada del ramo, así como bienes inmuebles.

2.- Los Límites de Responsabilidad son independientes, por lo que operan separadamente para cada uno de los riesgos que amparan, pudiendo por tanto en un mismo evento afectar a dos o más.

4 DEDUCIBLES:

Incendio y/o Rayo y Explosión	<u>SIN DEDUCIBLE</u>
Demás Riesgos	1 % del valor de reposición de la ubicación dañada y/o contenidos.
Terremoto y Erupción Volcánica	El porcentaje de acuerdo a zona sísmica descrito por la Tarifa de AMIS aplicable sobre el valor de reposición de la estructura afectada
Gastos extraordinarios	3 días de espera, en caso de riesgos catastróficos 7 días de espera
Riesgos Hidro-Metereológicos	1% del valor de reposición de la estructura afectada

COASEGURO:

Incendio y/o Rayo y Explosión	Sin coaseguro
Riesgos Hidro-Meteorológicos	Conforme a la tabla de la AMIS.
Demás Riesgos	Sin coaseguro
Terremoto y Erupción Volcánica	Conforme a las zonas sísmicas de la AMIS

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

SE AMPARAN LOS COSTOS Y GASTOS EN QUE "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" INCURRA NECESARIAMENTE POR:

- La remoción de escombros, es hasta el 35% de la ubicación afectada (incendio, Terremoto y erupción volcánica)
- Apuntalamiento de los bienes destruidos o dañados, incluyendo partes no afectadas, a consecuencia de cualquier riesgo amparado por la póliza
- Reparación, reconstrucción de estructuras y construcciones dañadas que deban cumplir con requisitos mínimos de reglamentos vigentes que representen un mayor costo, limitado a que se realicen en el mismo lugar, con igual superficie, altura y sean lo más parecido a los bienes afectados.
- La imposibilidad de reparar o reconstruir los bienes afectados en el mismo lugar por impedirlo cualquier ley, ordenanza o reglamento que regule la construcción o reconstrucción de inmuebles, debiendo por tanto efectuar la reconstrucción en lugar distinto.
- Daños o pérdidas a causa de inundación y daños por agua por cualquier causa que sea súbita e imprevista y accidental
- Cobertura a bienes que se encuentren abajo del nivel del terreno, cobertura indispensable para "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" ya que se trata de bombas, motores, equipo de pci y aquéllos que deban operar bajo el nivel del terreno, (pero no limitados a sótanos, cisternas y demás estructuras y bienes subterráneos), así como contenidos en general.
- Se amparan sin circular y en bodega a los vehículos usados y en almacenaje, a valor promedio de mercado, en proceso de enajenación.
- La renuncia de inventarios se deja sin efecto
- Errores en Avalúo al 20%
- Honorarios a profesionistas
- Libros y Registros
- Venta de salvamentos
- Endoso de valor de reposición al 100%
- Pago en Especie, bajo convenio expreso de acuerdo a cada instancia
- Cláusula de Prelación
- Cláusula de Contrato de No Adhesión

5 CONDICIONES Y CLAUSULADO:

- Primer Riesgo.
- A Valor de Reposición.
- Reinstalación automática de suma asegurada.
- Se ampara el equipo de nueva adquisición que se incorpore durante la vigencia de la Póliza, hasta un límite de un 10% de la suma asegurada.
- Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales, una vez determinada la procedencia del siniestro se solicitará el anticipo.
- No subrogación de derechos en contra de personal del Poder Judicial de la Federación.
- Derrames de equipos de protecciones contra incendio.
- Errores y omisiones.
- Derechos de no-subrogación.
- Eliminación de la cláusula de proporción indemnizable.
- Gravámenes.
- Permisos.

- Honorarios de profesionistas, libros y registros.
- Autorización para reponer, reconstruir o reparar.
- Cincuenta metros.
- Venta de Salvamentos.
- Intereses Moratorios.
- Endoso inflacionario del 5%.
- Endoso de No-adhesión.
- Cláusula de Prelación.
- Todos los riesgos amparados, tanto los de las condiciones generales, como las de convenio expreso de sus contratos de Adhesión.

SECCIÓN VI.- RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL (R. C.)

1.- RESPONSABILIDADES CUBIERTAS:

La Responsabilidad Civil Legal en que incurriere "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" por daños a terceros derivada de las actividades propias de la Dependencia, ya sea como depositaria, propietaria o arrendataria de terrenos, edificios o de bienes muebles e inmuebles, equipos electrónicos bajo arrendamiento, locales, que sean utilizados para su actividad, la compañía se obliga a pagar los daños, perjuicios y daño moral consecuencial, que "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" a través de sus empleados, personal eventual o bajo sus órdenes o funcionarios causen a terceros y por lo que esta deba responder, conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos, por los hechos u omisiones causados en forma no dolosa y que causen la muerte o el menoscabo en la salud, deterioro o la destrucción de bienes de terceros por cualquier causa, sobre bienes propiedad de terceros en general, así como lesiones corporales a terceros, causados en forma involuntaria tanto por el asegurado como por sus empleados y personal estando desempeñado sus funciones propias y necesarias para el "Poder Judicial de la Federación" en la República Mexicana.

Los bienes que se encuentren a disposición de los Jueces no se contemplan en la cobertura de responsabilidad civil general.

2.- RIESGOS CUBIERTOS:

Responsabilidad Civil de Actividades e Inmuebles (Cobertura Básica de Responsabilidad Civil General).

Responsabilidad Civil Arrendatario.

Responsabilidad Civil de Bienes Sujetos a Causas Penales. En caso de suscitarse la eventualidad de un siniestro se proporcionará el valor de dichos bienes y se demostrará la situación jurídica del bien.

Responsabilidad Civil en los Menores que asistan a los C.E.N.D.I. y estancia infantil.

3.- LÍMITES MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD:

Límite Único y Combinado para todas las ubicaciones, con un Límite Máximo de Responsabilidad establecido en documento adjunto, detallado por Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación.

4.- DEDUCIBLES:

R. C. Actividades e Inmuebles, Arrendatario, Bienes Sujetos a Causas Penales, en los Menores que asistan a los C.E.N.D.I. y estancia infantil.	Sin deducible
--	---------------

5.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIAL:

- Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- Derechos de no-subrogación.
- Intereses Moratorios.
- Daños y perjuicios por daño moral.
- Gastos de defensa, prima de fianzas judiciales, gastos, costas e intereses legales, por un 50% adicional al límite de la cobertura de Actividades e Inmuebles.
- Gastos en que incurra el asegurado con motivo de la tramitación y liquidación de reclamos.
- Carga y descarga.
- Responsabilidad civil asumida.
- Se amparan todos los bienes de terceros que ingresan a “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” debidamente registrados.
- Cláusula de Prelación.
- Cláusula de No Adhesión.

R.C. ACTIVIDADES E INMUEBLES: Cubre la Responsabilidad Civil en que incurra el asegurado, empleados o personal por daños a terceros derivadas de las actividades propias.

R.C. ARRENDATARIO: Cubre la Responsabilidad Civil legal por daños que por incendio, explosión o inundación, se causen al inmueble o inmuebles tomados (totalmente o en parte) en arrendamiento por el asegurado para el uso convenido en el contrato de arrendamiento, siempre que dichos daños le sean imputables.

R. C. EN BIENES SUJETOS A CAUSAS PENALES: Las responsabilidades por daños ocasionados a bienes propiedad de terceros por uso, posesión, mantenimiento, o por las actividades propias que estén en “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” por disposición de los jueces, comodato, depósito o por disposición de autoridad, tales como la manipulación, examen y otras análogas (los bienes que se ponen a disposición de los jueces son muy variados, pudiendo ser dinero, armas, joyas, negocios, casas-habitación, y en general cualquier tipo de valor, propiedad de una persona sometida a un proceso judicial), para el cuidado de estos bienes se llega a nombrar a un “depositario judicial”, quien finalmente tiene la responsabilidad de los bienes, lo que permite aminorar el riesgo para la aseguradora en un 90%.

R. C. EN LOS MENORES QUE ASISTAN A LOS CENDI Y ESTANCIA INFANTIL: Cubre la responsabilidad de amparar los daños que sufran los menores en sus personas como límite único y combinado (L.U.C), bajo las siguientes circunstancias:

- a) Mientras se encuentren dentro del inmueble que ocupa la estancia infantil y los CENDI, con motivo de sus actividades (clases, deportes, recreos, festivales);

- b) Fuera del predio en actividades organizadas o dirigidas por las autoridades escolares en excursiones, paseos, festivales, en cines, teatros, estadios o desfiles, etc.;
- c) Mientras sean transportados en camiones propiedad o arrendados por el PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, para los fines citados en el inciso b;
- d) El límite de responsabilidad por uno o varios accidentes, se aplicará a niños mayores de 40 días de nacidos y menores de 12 años de edad, asegurados contra muerte accidental, accidentes escolares, pérdidas orgánicas y reembolsos de gastos médicos de acuerdo a los incisos a, b y c citados en el punto que antecede.

Para el amparo de la Responsabilidad Civil que tiene el PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, sobre los niños bajo su custodia, durante su estancia en los CENDI y estancia infantil, sus familiares y personal operativo, asegurándolos de muerte accidental, accidentes escolares, pérdidas orgánicas y reembolso de gastos médicos, sujetos a las condiciones especiales y generales de la póliza, hospitales, tabuladores de reembolso, médicos y prestadores de servicios médicos en catálogo y/o convenio con la Compañía de Seguros. Para calcular las indemnizaciones por muerte y lesiones que afecten esta cobertura, se estará a lo dispuesto por lo establecido en la Ley Federal del Trabajo por lo que se refiere a riesgos y el cuádruplo de indemnización contemplado por el Código Civil para el Distrito Federal.

POBLACIÓN EN C.E.N.D.I. Y ESTANCIA INFANTIL QUE SE ENCUENTRA BAJO LA CUSTODIA DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN		
UBICACIÓN C.E.N.D.I. Y ESTANCIA INFANTIL	NIÑOS	PERSONAL POR HONORARIOS
C.E.N.D.I., Gloria León de Orantes; Eduardo Molina número 2, Col. Del Parque, C.P. 15960, Deleg. Venustiano Carranza, México D.F. (CJF)	175	
C.E.N.D.I., Rossie Straffon de Téllez; Andrés Terán número 1185, Col. Chapultepec Country, C.P. 44620, Guadalajara, Jalisco. (CJF)	135	2
C.E.N.D.I., Las Flores, Periférico Sur número 2321, Col. Tlacopac, C.P. 01760, Deleg. Álvaro Obregón México, D.F. (CJF)	95	
ESTANCIA INFANTIL "San Lázaro"; Eduardo Molina número 2, Col. Del Parque, C.P. 15960, Deleg. Venustiano Carranza, México, D.F. (CJF)	60	
C.E.N.D.I., Artículo 123 Constitucional; Chimalpopoca 112, P.B., Col. Centro, C.P. 06080, México, D.F. (SCJN)	152	
ESTANCIA INFANTIL; Chimalpopoca 112, Primer Piso, Col. Centro, C.P. 06080, México, D.F. (SCJN)	18	
TOTAL	635	2

Nota: El Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación no requiere esta cobertura al inicio de la vigencia. Se informará a la aseguradora el requerimiento posterior de esta cobertura.

SECCIÓN VII.- ROBO Y/O ASALTO.

1 BIENES CUBIERTOS:

Se cubren todos los bienes propiedad, bajo custodia, tomados en comodato, arrendamiento o los que tengan bajo su responsabilidad sobre los cuales se tenga interés asegurable, independientemente que sean de su propiedad y/o de terceros, consistente en, pero no limitativo a: mobiliario; obras de arte; acervo bibliográfico y equipo de oficina todos estos dentro de la República Mexicana, así como mercancías; inventarios y todo tipo de existencias de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

Maquinaria y equipo relacionados con el giro del asegurado, localizados dentro de los inmuebles propiedad, en arrendamiento o bajo custodia o en comodato de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", en cualquier ubicación dentro de la República Mexicana y los contenidos en general de los locales que "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", ocupa como oficinas, bodegas, independientemente que sean de su propiedad y/o de terceros, que los tengan bajo su responsabilidad o sobre los cuales tengan algún interés asegurable.

2 RIESGOS CUBIERTOS:

La pérdida y/o daños que sufran los bienes asegurados, como consecuencia de la realización del Robo con y sin Violencia del exterior al interior del inmueble y los daños materiales que ocasionara este hecho. Además, amparar la pérdida y/o daños que sufran bienes fuera de las instalaciones de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

La pérdida y/o daños que sufran los bienes asegurados, como consecuencia del intento de robo por asalto y los daños materiales que ocasionara este hecho.

La pérdida y/o daños que sufran los bienes asegurados que por su naturaleza deban estar almacenados a la intemperie dentro y fuera de los predios del asegurado, como consecuencia de la realización del Robo y/o Asalto, así como, los daños materiales que ocasionara este hecho.

Suma Asegurada: SEGÚN CUADRO DE SUMAS ASEGURADAS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

3 DEDUCIBLES:

10 % sobre el valor de la pérdida, para bienes en general con mínimo de 50 DSMGVDF
--

4 CONDICIONES Y CLAUSULADO

- * Primer riesgo.
- * Valor de reposición y/o valor de compra y/o valor convenido y/o valor real, según aplique.
- * Reinstalación automática de suma asegurada.
- * Intereses Moratorios.
- * Endoso de Póliza de no-adhesión.
- * Prelación.
- * Todos los riesgos amparados tanto en las condiciones generales, así como los de convenio expreso; que se apliquen con el giro y actividades de la Dependencia.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad, sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. La suma asegurada es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Las indemnizaciones para todos y cada uno de los bienes serán a valor de reposición. La cantidad que sea necesaria erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA: Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente una vez que los bienes dañados hayan sido reparados o repuestos.

BIENES DE TERCEROS.- Amparar bienes de terceros y/o empleados que sean debidamente registrados a su ingreso en "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" hasta por \$150,000.00 M.N. presentando en caso de siniestro, acta administrativa del robo, siempre y cuando la siniestralidad no sea mayor al 50% del Límite de Responsabilidad de la cobertura principal.

Se excluyen bienes como lingotes, plata, alhajas y pedrería.

Eliminar como condición en caso de siniestro, las huellas de violencia del exterior al interior de los inmuebles.

Cláusula de pago en especie, derivado de la necesidad de reponer los bienes a las áreas afectadas y de acuerdo con la normatividad aplicable (se anexa formato de convenio de pago en especie).

SECCIÓN VIII.- EFECTIVO Y/O VALORES.

1 BIENES CUBIERTOS:

Cubrir el dinero en efectivo, en metálico o billetes de banco, valores, vales y otros documentos negociables, o no negociables tales como, letras de cambio, pagares, cheques, acciones bonos

financieros, hipotecarios, fondo fijo, fondo revolvente de caja, vales de gasolina, de despensa, dentro y fuera de los inmuebles, mientras se encuentren contenidos en cajas fuertes o bóvedas cajas registradoras o colectoras, o en poder de sus empleados o funcionarios, cajeros pagadores, cobradores, así como en escritorios o en cualquier otro mueble con llave, como límite único y combinado para todas las ubicaciones de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", por robo con violencia y/o asalto, así como en tránsito en poder de los cobradores, empleados o servidores públicos dentro de los límites de la República Mexicana, para todas las ubicaciones de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

2 RIESGOS CUBIERTOS:

Asalto y/o robo con y sin violencia total y parcial o el intento del mismo, de dinero o valores, dentro y fuera del inmueble asegurado, aun cuando se encuentren fuera de la caja fuerte (sólo se amparará con y sin violencia dentro de los inmuebles ocupados por el Poder Judicial de la Federación, en el caso del exterior, únicamente se cubrirá el robo con violencia). Incendio y explosión, incapacidad física de la persona portadora, accidentes del vehículo que transporta a las personas responsables del manejo de los bienes asegurados.

3 DEDUCIBLES:

10 % sobre la pérdida con mínimo de 30 DSMGVDF
--

4 CONDICIONES Y CLAUSULADO:

- * Reinstalación automática de suma asegurada.
- * Intereses Moratorios.
- * Endoso de no-adhesión.
- * Prelación.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA: Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente una vez que el Efectivo y/o Valores hayan sido repuestos.

Coberturas Especiales Adicionales:

- Robo con violencia y/o asalto en cualquier ubicación en donde "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" tenga interés asegurable tanto en horas laborables como en horas y días inhábiles.
- Incluir la cobertura en escritorios, archiveros y similares cerrados con llave.
- Cubrir el dinero fuera de cajas fuertes en horas hábiles.

SECCIÓN IX.- ROTURA DE CRISTALES.

1 BIENES CUBIERTOS:

Cubrir las pérdidas o daños materiales de los cristales, cubiertas, domos y vitrales independientemente del espesor con el que cuenten, así como su remoción e instalación, causados por rotura accidental súbita e imprevista o por actos vandálicos, mientras se encuentren debidamente instalados en interiores y exteriores en los inmuebles, incluyendo en la instalación de manera enunciativa más no limitativa, chapas, herrajes y similares de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" y/o bajo su responsabilidad.

2 RIESGOS CUBIERTOS:

Decorado del cristal, cristales plateados, dorados, teñido, pintado, grabado, película, corte, rótulos, realces, herrajes, chapas, marcos y análogos, remoción de cristales, domos y vitrales.

3 DEDUCIBLES:

3% sobre el valor de la pérdida por evento u ocurrencia con mínimo de 3 DSMGVDF

7 CONDICIONES Y CLAUSULADOS:

- Primer Riesgo
- Reinstalación automática de suma asegurada.
- Intereses moratorios.
- Restitución de los cristales dañados.
- Todos los riesgos amparados tanto en las condiciones generales, así como los de convenio expreso que se encuentren relacionados con el giro y actividades de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".
- Endoso de no-adhesión.
- Prelación.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad, sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. La suma asegurada es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que será necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso.

SECCION X.- OBRAS DE ARTE

1 BIENES CUBIERTOS:

Se amparan bajo esta cobertura las pinturas, esculturas, antigüedades, objetos históricos propiedad del Poder Judicial de la Federación o propiedad de terceros que se encuentren bajo su responsabilidad contra todo riesgo, hasta el límite de responsabilidad establecido en esta cobertura, extendiendo la protección dentro de la República Mexicana permaneciendo en vigor aún con demoras, desviaciones, cambio de ruta, descarga forzosa, reembarque o transbordo, interrupción en su transporte, en medios de transporte y flete autorizados por el PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, así como nuevas adquisiciones y préstamos temporales, siempre y cuando se informe a la Institución dentro de los 15 días naturales siguientes a la adquisición.

Se adjunta la memoria fotográfica y valores de los bienes a ser amparados por esta cobertura en medio magnético (**ANEXO 1**).

RIESGOS CUBIERTOS:

Todo Riesgo de Obras de Arte

DEDUCIBLES:

Terremoto y erupción volcánica	2% de la obra dañada y/o afectada con un coaseguro del 10%
Incendio y/o rayo, explosión	Sin deducible
Robo con y sin violencia	10% de la pérdida con un mínimo de 70 días de salario mínimo vigente en el Distrito Federal
Tránsito	1% de la obra dañada y/o afectada
Otros riesgos	1% de la obra dañada y/o afectada

VALOR CONVENIDO

El valor declarado por el asegurado o quienes sean dueños de las obras, serán los que se considere para efectos de indemnización.

Para el caso de siniestros de obras de arte consideradas patrimonio nacional, ninguna obra será dada como salvamento.

APARTADO 2.-

I.- PÓLIZA DE EQUIPO ELECTRÓNICO.

II.- PÓLIZA DE CALDERAS Y APARATOS SUJETOS A PRESIÓN.

III.- PÓLIZA DE ROTURA DE MAQUINARIA.

IV.- EQUIPO DE CONTRATISTAS.

I.- PÓLIZA DE EQUIPO ELECTRÓNICO.

1 BIENES CUBIERTOS:

Se amparan todos los equipos, instalaciones y aditamentos de carácter electrónico, digitales propiedad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" y de terceros que estén bajo su responsabilidad como a continuación se describen y serán considerados, pero no limitados a:

Telefonía y telecomunicaciones como conmutadores, tarjetas, racks, puertos, teléfonos y extensiones, diademas, consolas y licencias de operación, sistemas de aplicación y software, sistemas y paquetes de cómputo y en general, redes de cableado, nodos, faxes o workcenters, switches o antenas y equipos móviles y portátiles de cómputo, hardware, CPU'S, servidores, no-breaks, unidades de respaldo, impresoras, scanners, multifuncionales, equipos de producción, video, filmación, fotografía, edición, impresión, grabación e iluminación y en general equipo de comunicación, equipo médico y de oficinas, equipos de seguridad, grabadoras de video, cámaras de circuito cerrado, de comunicación o telecomunicación, consolas, controles de acceso, detectores de metal, control de acceso y registro de empleados, aditamentos y accesorios considerados equipo electrónico, dentro y fuera de las instalaciones del "PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN". Ubicaciones de terceros y en tránsito, todo este equipo alimentado por la red eléctrica normal o de baterías y que realicen funciones complejas propiedad y/o bajo responsabilidad del asegurado. Esto es enunciativo mas no limitativo.

2 RIESGOS CUBIERTOS:

Los bienes quedan amparados contra todo riesgo de daños o pérdidas materiales que sufran en forma súbita e imprevista, accidental y fortuita, que hagan necesaria su reparación o reemplazo a fin de dejarlos en condiciones similares a las existentes antes de ocurrir el siniestro, a consecuencia de, pero no limitado a los siguientes riesgos que solo se enuncian:

COBERTURAS BÁSICAS como a continuación se describen pero no limitada a:

Incendio, impacto directo de rayo, implosión, explosión, extinción de incendio, humo, hollín, gases, líquidos o polvos corrosivos, acción del agua o humedad que no provengan de las condiciones atmosféricas comunes en la región, corto circuito, arco voltaico, perturbaciones por campos magnéticos, sobre tensiones causadas por rayo, tostadura de aislamientos, defectos de fabricación del material, de diseño o de instalación, errores de manejo, descuido, negligencia, impericia o mala intención del personal del Asegurado, actos mal intencionados y dolo de terceros, daños causados por robo con violencia, tentativa de tal robo y/o asalto, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes que no sean causados por: terremoto o erupción volcánica, granizo y helada, cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados y otros daños no excluidos en esta sección.

BAJO CONVENIO EXPRESO Y ADICIONALES, SE AMPARAN LOS SIGUIENTES RIESGOS:

Terremoto y erupción volcánica, fenómenos hidro-meteorológicos (avalancha de lodo, granizo, helada, huracán, inundación, marejada, golpe de mar, nevada, vientos tempestuosos, tornado, daños por agua y nieve), aviones, vehículos y humo, huelgas y alborotos populares, derrame de equipos de protecciones contra incendio, ciclón, daños por actos de personas mal intencionadas, conmoción civil, vandalismos, robo sin

violencia y/o hurto, equipos móviles y portátiles dentro y fuera de los predios del asegurado, daños por siniestro en equipo de climatización y daños por agua, entre otros.

Pérdida o daños por virus informáticos y a los portadores de datos, cintas, videos, discos y demás medios y gastos para restituir la información. Se ampara el equipo de nueva adquisición que se incorpore durante la vigencia de la Póliza, hasta un límite de un 10% de la suma asegurada.

5.- DEDUCIBLES:

Terremoto y Erupción Volcánica	De acuerdo a la zona sísmica de AMIS.
Hurto o Robo sin Violencia	15% sobre el valor de reposición del equipo dañado.
Gastos Extras	3 días de espera.
Portadores Externos de Datos	1% del valor de reposición del equipo dañado
Básica y Demás Riesgos	1% del valor de reposición del equipo dañado
Equipos Móviles	Se aplicará el deducible de acuerdo a la cobertura afectada.
Riesgos hidro-meteorológicos	1% sobre el valor de reposición del equipo afectado. Se aplica mismo deducible para los bienes cubiertos bajo convenio expreso.

6.- COASEGURO:

Terremoto y Erupción Volcánica	De acuerdo con las zonas de la tabla AMIS
Riesgos Hidro-Meteorológicos	10% sobre el valor de la pérdida

7.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

CONDICIONES Y CLAUSULADO

- * Primer riesgo.
- * Valor nuevo de reposición al 100% a consecuencia de un daño total.
- * Reinstalación automática de suma asegurada.
- * Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- * Errores y omisiones.
- * Derechos de no-subrogación.
- * Eliminación de la cláusula de proporción indemnizable.
- * Venta de Salvamentos.
- * Endoso de inflación al 5%.
- * Intereses Moratorios.
- * Endoso de no-adhesión.
- * Prelación.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad, sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. La suma asegurada es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que será necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso.

ENDOSO DE INFLACIÓN AL 5% POR AÑO: Permite actualizar la suma asegurada de acuerdo al índice inflacionario sin caer en bajo seguro.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA: Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente una vez que los bienes dañados hayan sido reparados o repuestos, con cobro de dicho ajuste.

ERRORES Y OMISIONES: Queda entendido y convenido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o ubicación de los bienes asegurados no perjudicará los intereses del asegurado, o al contratante ya que la intención de esta cláusula es de proteger en todo tiempo. Por lo tanto será corregido al ser descubierto y en caso de que dicha corrección lo amerite se efectuará el ajuste de prima.

RECLAMACIÓN SIN DOCUMENTACIÓN DE PROPIEDAD.-En caso de falta de factura de algún bien que se requiera acreditar su propiedad para su reclamación, bastará con que dicho bien se encuentre registrado en los inventarios de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", con lo cual se acreditará la preexistencia de los bienes.

ELIMINACIÓN DE LA CLÁUSULA DE PROPORCIÓN INDEMNIZABLE: Si al momento de ocurrir un siniestro, los bienes tienen un valor total real o de reposición según se indique en la carátula de la póliza superior a la cantidad asegurada, no operará la proporción indemnizable y la Compañía responderá al 100% de los límites a primer riesgo fijado en la póliza.

GRAVÁMENES: La Compañía pagará de acuerdo al interés asegurable que demuestre el asegurado, sin perjuicio de pagos que deban hacerse a terceros que acrediten tener algún interés asegurable.

PERMISO: Mediante esta cláusula y sin límite de tiempo y sin previo aviso el asegurado podrá hacer en el lugar afectado, adiciones, alteraciones y reparaciones, y trabajar a cualquier hora, suspender labores, dejar vacío o desocupado cualquier local, llevar a efecto cualquier trabajo o tener en existencia y hacer uso de todos aquellos artículos, materiales aprovisionamientos y aparatos que pueda necesitar para la normal prosecución de su actividad.

AUTORIZACIÓN PARA REPONER EN ESPECIE RECONSTRUIR O REPARAR: En caso de siniestro que amerite indemnización bajo la presente póliza, el asegurado podrá previo aviso por escrito a la compañía, optar por la reposición de los bienes dañados disponer de ellos para empezar inmediatamente su reparación o reconstrucción, ya sea en el mismo sitio en el que se encontraban o en otro bien para destinarlos a otro uso; quedando entendido que la responsabilidad de la compañía está limitada al costo real o de reposición de la reparación, reconstrucción o reposición en especie, sin exceder en ningún caso de la suma asegurada.

CIEN METROS: Los bienes asegurados quedan igualmente amparados mientras se encuentren temporalmente en maniobras de carga y descarga sobre andenes, plataformas, carros de ferrocarril, camiones o cualquier otro lugar, dentro de los límites de los terrenos de las ubicaciones o instalados a una distancia de 100 metros de los mismos.

FACTOR DE OBSOLESCENCIA.- Eliminación del factor de Depreciación, para equipos no mayores o iguales a 5 años de antigüedad.

EQUIPO MÓVIL: Serán considerados, pero no limitados a:

Todos aquéllos equipos conectados o no a tipo de energía respectiva, que por sus características pueden moverse de ubicación, como se describe a continuación pero no limitativo a: Computadoras Portátiles, Producción en Video, Audio, Filmación, Fotografía, Radios de Telecomunicación y Sonido, Radiocomunicación, equipo de comunicación instalado en automóviles, así como sus aditamentos entre otras, conversiones y adaptaciones.

Los equipos móviles como el caso de los radios y teléfonos portátiles, quedan amparados montados en la unidades, en tránsito, fuera de las unidades, desconectadas y/o fuera de operación hasta el límite de la suma asegurada de equipo móvil.

OBSERVACIÓN:

- * Cláusula de pago en especie, derivado de la necesidad de reponer los bienes a las áreas afectadas y de acuerdo con la normatividad aplicable, conforme al convenio que forma parte de este Seguro, a elección de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN"
- * Esta póliza se manejará sin relación de bienes y en caso de siniestro se demostrará la posesión del bien o bienes asegurados con la documentación legal y los resguardos respectivos.
- * Se amparan equipos electrónicos de terceros, que hayan sido ingresados a las instalaciones de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN"

II.- PÓLIZA DE CALDERAS Y APARATOS SUJETOS A PRESIÓN.

1.- BIENES CUBIERTOS:

Todos los aparatos sujetos a presión con y sin fogón, calderas y tuberías propiedad o bajo responsabilidad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", siempre y cuando se encuentren dentro los predios de la dependencia o tomados en comodato o arrendamiento y dentro de la República Mexicana, como a continuación se describen: equipo que utilice fluido, tanques, radiadores y/o cualquier equipo relacionado con el giro de la dependencia en los términos y condiciones específicas de los seguros de calderas y aparatos sujetos a presión.

2.- RIESGOS CUBIERTOS:

Contra pérdida o daños materiales directos originados por actos súbitos y no previstos que haga necesario la reparación o reposición, a fin de dejarles en condiciones de operación similares a los existentes inmediatamente antes de ocurrir el siniestro, como a continuación se describe, pero no limitativo a:

Rotura súbita y violenta de cualquier parte de la caldera o recipiente, causada por presión de vapor, agua u otro líquido de la misma.

Explosión súbita y violenta de gas proveniente del combustible no quemado dentro del horno de la caldera o recipiente, siempre que esté utilizando el combustible correspondiente.

Deformación súbita y violenta de cualquier parte de la caldera o recipiente provocada por presión o vacío de agua, vapor u otro fluido dentro de la misma y que inmediatamente evite o haga inseguro su uso.

Agrietamiento de cualquier parte de hierro fundido, cobre o bronce, en calderas de baja presión que permita la fuga del fluido contenido.

La quemadura por insuficiencia de agua, vapor u otro fluido dentro de la caldera o recipiente y que inmediatamente evite o haga inseguro el uso.

DEDUCIBLE

1 % sobre el valor de reposición del equipo dañado.

4.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

- * Primer Riesgo.
- * Valor de Reposición al 100%.
- * Reinstalación automática de suma asegurada.
- * Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- * Errores y omisiones.
- * Endoso de inflación al 5%.
- * Intereses Moratorios.
- * Derechos de no-subrogación.
- * Eliminación de la cláusula de proporción indemnizable.
- * Endoso de no-adhesión.
- * Prelación.

III.- PÓLIZA DE ROTURA DE MAQUINARIA.

1.- BIENES CUBIERTOS:

Toda la maquinaria propiedad o bajo responsabilidad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", siempre y cuando se encuentren dentro de los predios propiedad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" o tomados en comodato o arrendamiento, como a continuación se describen, pero no limitados a: bombas, motobombas, subestación, elevadores, tableros de control, plantas de luz, transformadores, aire acondicionado, y/o cualquier equipo relacionado con el giro en los términos y condiciones específicas de los seguros de Rotura de Maquinaria.

2.- RIESGOS CUBIERTOS:

Cubrir contra pérdida o daños materiales directos, originados por actos súbitos y no previstos, que haga necesario la reparación o reposición a fin de dejarles en condiciones de operación similares a los existentes inmediatamente antes de ocurrir el siniestro, pero no limitados a: impericia, descuido y sabotaje de personal del asegurado o de extraños, la acción directa de la energía eléctrica como resultado de corto circuitos, arcos voltaicos y otros efectos similares, así como sobre tensiones transitorias debidas a perturbaciones eléctricas. Errores en diseño, defectos de construcción, uso de materiales defectuosos. Defectos de mano de obra y montaje incorrecto. Rotura debida a fuerza centrífuga y objetos extraños introducidos en máquinas, explosión física y otros accidentes ocurridos a los bienes asegurados.

3.- DEDUCIBLE

1 % sobre el valor de reposición del equipo dañado
--

4.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

- Primer Riesgo.
- Valor de Reposición al 100%.
- Reinstalación automática de suma asegurada.
- Anticipo en pagos de siniestros del 50% en un plazo no mayor a 15 días naturales.
- Errores y omisiones.
- Endoso de inflación al 5%.
- Intereses Moratorios.
- Derechos de no-subrogación.
- Eliminación de la cláusula de proporción indemnizable.
- Endoso de no-adhesión.
- Prelación.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad, sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. La suma asegurada es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que será necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro, será reinstalada automáticamente una vez que los bienes dañados hayan sido reparados o repuestos.

ERRORES Y OMISIONES: Queda entendido y convenido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o ubicación de los bienes asegurados no perjudicará los intereses del asegurado, ya que la intención de esta cláusula es de proteger en todo tiempo. Por lo tanto será corregido al ser descubierto y en caso de que dicha corrección lo amerite se efectuará el ajuste de prima. Se excluyen errores en avalúos o valores de los bienes.

RECLAMACIÓN SIN DOCUMENTACIÓN DE PROPIEDAD: En caso de falta de factura de algún bien que se requiera acreditar su propiedad para su reclamación, bastará con que dicho bien se encuentre registrado en los inventarios de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

EXPLOSIÓN DE MOTORES DE COMBUSTIÓN INTERNA: Se amparan los daños causados por explosiones de cualquier naturaleza que se originen en el interior del cárter de los motores de combustión interna, pero con exclusión expresa de daños por incendio.

ELIMINACIÓN DE LA CLÁUSULA DE PROPORCIÓN INDEMNIZABLE: Si al momento de ocurrir un siniestro, los bienes tienen un valor total real o de reposición según se indique en la carátula de la póliza superior a la cantidad asegurada, no operará la proporción indemnizable y la Compañía responderá al 100% de los límites a Primer Riesgo fijado en la póliza.

GRAVÁMENES: la Compañía pagará de acuerdo al interés asegurable que demuestre el asegurado, sin perjuicio de pagos que deban hacerse a terceros que acrediten tener algún interés asegurable.

PERMISO: Mediante esta cláusula y sin límite de tiempo y sin previo aviso el asegurado podrá hacer en el lugar afectado, adiciones, alteraciones y reparaciones, y trabajar a cualquier hora, suspender labores, dejar vacío o desocupado cualquier local, llevar a efecto cualquier trabajo o tener en existencia y hacer uso de todos aquellos artículos, materiales aprovisionamientos y aparatos que pueda necesitar para la normal prosecución de su actividad.

AUTORIZACIÓN PARA REPONER EN ESPECIE, RECONSTRUIR O REPARAR: En caso de siniestro que amerite indemnización bajo la presente Póliza, el Asegurado podrá previo aviso por escrito a la Compañía, optar por la reposición de los bienes dañados o disponer de ellos para empezar inmediatamente su reparación o reconstrucción, ya sea en el mismo sitio en el que se encontraban o en otro bien para destinarlos a otro uso; quedando entendido que la responsabilidad de la Compañía está limitada al costo real o de reposición de reconstrucción o reposición en especie, sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada.

CIEN METROS: Los bienes asegurados quedan igualmente amparados mientras se encuentren temporalmente en maniobras de carga y descarga sobre andenes, plataformas, carros de ferrocarril, camiones o cualquier otro lugar, dentro de los límites de los terrenos de las ubicaciones mencionadas en la Póliza o a una distancia de 100 metros de los mismos.

Cláusula de pago en especie, derivado de la necesidad de reponer los bienes a las áreas afectadas y de acuerdo con la normatividad aplicable.

FACTOR DE OBSOLESCENCIA: Eliminación de los Factores de Depreciación, o de obsolescencia tecnológica, para equipos no mayores o iguales a 5 años de antigüedad.

Se ampara el equipo de nueva adquisición que se incorpore durante la vigencia de la Póliza, hasta un límite de un 10% de la suma asegurada por ubicación.

IV.- PÓLIZA DE EQUIPO DE CONTRATISTAS.

1.- BIENES Y RIESGOS CUBIERTOS

Este seguro cubre las pérdidas o daños materiales causados a los bienes exclusivamente por los riesgos enseguida numerados, de acuerdo con lo establecido en la carátula de esta póliza.

- a) Incendio o rayo.
- b) Explosión (excepto pérdidas o daños que por su propia explosión sufran calderas, tanques, aparatos o cualquier otro recipiente que este sujeto usualmente a presión).
- c) Ciclón, tornado, vendaval, huracán y granizo.
- d) Temblor, terremoto o erupción volcánica.
- e) Inundación (alza del nivel de agua o avenidas, desbordamiento de ríos, esteros y lagos).
- f) Hundimiento o rotura de alcantarillas, puentes para vehículos, muelles o plataformas de carga.

- g) Colisión, descarrilamiento o volcadura del medio de transporte terrestre en el que los bienes asegurados fueran transportados.
- h) Varada, hundimiento o colisión de la embarcación de trasbordo de servicio regular en el que los bienes asegurados fueran transportados, comprendiendo la contribución que le resultare por avería gruesa o por los cargos de salvamento.
- i) Robo total de una o varias unidades completas, pero no de sus partes útiles o accesorios, a menos que sea consecuencia de robo total.
- j) Caída, colisión, atascamiento, hundimiento o volcadura.
- k) Derrumbes y deslaves.

2.- EXCLUSIONES

Este seguro no cubre las pérdidas o daños causados a los bienes por, o a consecuencia de:

- a) Operaciones bélicas, ya fueren provenientes de guerra extranjera o de guerra civil, insurrección, subversión, rebelión, expropiación, requisición, confiscación, incautación o detención por las autoridades o por cualquier otra causa semejante.
- b) Corriente eléctrica en máquina, aparatos o accesorios que se empleen para producirlas, transformarlas o utilizarlas, debido a disturbios eléctricos que provengan de causas naturales o artificiales a menos que tengan como consecuencia un incendio y en este caso, solo se responderá por la pérdida debida al incendio.
- c) Deterioro, desgaste, congelación o rotura mecánica debida por el uso.
- d) Sobrecarga de la capacidad normal registrada o utilización en trabajos para los que no fueron construidos.
- e) Su destrucción por actos de autoridad.
- f) Abuso de confianza de empleados del asegurado o de las personas a quienes se les confien los bienes.
- g) Cualquier riesgo que afecte a planos, copias heliográficas, diseños o especificaciones.

El equipo con antigüedad mayor a 5 años se indemnizará a valor real.

3.- DEDUCIBLE

1 % sobre el valor de reposición del equipo dañado

APARTADO 3.-

I.- PÓLIZA DE TRANSPORTES DE CARGA.

A partir de que el medio de transporte propiedad del Poder Judicial de la Federación o el medio de transporte autorizado por éste, incluyendo transporte del Servicio Público Federal, Mensajería y Paquetería, inicie el tránsito del embarque cubierto y concluye con su arribo al lugar de destino dentro de la República Mexicana, con declaración de embarque mensual, informando a la aseguradora el origen y destino de los bienes, señalando el medio de embarque y el costo aproximado.

Se ampararán los traslados de los bienes (equipos de oficina y de cómputo en general y de cualquier tipo de escritorio, móvil y/o portátil, portadores externos de datos; accesorios

y refacciones; mobiliarios; mercancías; papelería; consumibles; etc.), así como cualquier otro tipo de muebles y embarques cualquiera que sea su naturaleza propiedad del Poder Judicial de la Federación o que esté bajo su responsabilidad, y se realicen en todo el territorio de la República Mexicana (Interior, Distrito Federal y su Zona Metropolitana), por cualquier medio de transporte, propio o de terceros (transportistas), en vía aérea y/o terrestre; por lo que la aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos y procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia al Poder Judicial de la Federación, por los siguientes riesgos:

Se ampararán todos los transportes de mercancías del Poder Judicial de la Federación con declaración de embarque mensual y sin prima de depósito.

- 1.- Todo riesgo de transporte;
- 2.- De bodega a bodega;
- 3.- Daños por carga y descarga;
- 4.- Huelgas y alborotos populares;
- 5.- Robo de mercancía total o parcial, incluyendo rapiña.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA POR EMBARQUE:

La responsabilidad máxima por un solo embarque o sobre un mismo vehículo por una sola vez en un solo lugar: \$6,000,000.00

DEDUCIBLES

Robo Total y Parcial: 3% de la pérdida

Resto de Riesgos: 1% de la pérdida

LIMITES TERRITORIALES (ORIGEN Y DESTINO)

Dentro de la República Mexicana

CUOTAS

- 1.- Bienes trasladados al Interior de la República.

Cuota **0.125%**, aplicable al monto de la declaración mensual de embarques.

- 2.- Bienes trasladados en el área metropolitana.

Cuota **0.125%**, aplicable al monto de la declaración mensual de embarques.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

Queda convenido entre las partes, que las notificaciones de los embarques realizados en cada mes, se llevarán a cabo dentro de los primeros quince días del mes inmediato posterior al que se realizaron, en obvio de la concentración y envío de información por las áreas internas del Poder Judicial de la Federación y menajes de Jueces y Magistrados.

Para ambas pólizas los bienes nuevos se indemnizarán a valor factura y/o precio de adquisición.

Para ambas pólizas en bienes usados y por cualquier tipo de pérdida total y/o parcial, debe considerarse la indemnización "a valor de reposición" para los siniestros que ocurran a todos los bienes, entendiéndose como la sustitución y/o reposición en especie

o la indemnización en efectivo a criterio y satisfacción del Poder Judicial de la Federación de los bienes afectados en el siniestro y de conformidad con un presupuesto y/o cotización de las mismas características, que realice a la fecha del evento cualquier proveedor; en razón de lo anterior, no es aplicable realizar a los ajustes y/o determinaciones de indemnización de bienes, descuentos en equipos y/o depreciación alguna por deméritos, avances tecnológicos o análogos; asimismo y de conformidad a las sumas aseguradas, la aseguradora cubrirá todas las pérdidas registradas durante la vigencia del contrato y/o póliza de seguro, por la cantidad equivalente al valor de reposición del o de los bienes dañados, siendo la suma que exige la reparación y/o reposición.

CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

- Primer Riesgo.
- Valor de Reposición al 100%.
- Reinstalación automática de suma asegurada.
- Endoso de no-adhesión.
- Prelación.

II. PÓLIZA DE TRANSPORTE DE CARGA Y/O BIENES CON DECLARACIÓN MENSUAL DE EMBARQUES "MENAJE DE CASA HABITACIÓN"

Se ampararán los traslados de los bienes consistentes en menaje de casa habitación propiedad de Magistrados y Jueces Federales del Consejo de la Judicatura Federal que realicen en todo el territorio de la República Mexicana, por cualquier medio transportista (persona física o moral autorizada por la S.H.C.P. y S.C.T. (para tal actividad), en vía aérea o terrestre por lo que la aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos y procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia al Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación, por los siguientes riesgos:

- 1.- Todo riesgo de transporte;
- 2.- De bodega a bodega;
- 3.- Daños por carga y descarga;
- 4.- Huelgas y alborotos populares;
- 5.- Robo de mercancía total o parcial, incluyendo rapiña.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA POR EMBARQUE:

Bienes trasladados en la República Mexicana

La responsabilidad máxima por un solo embarque o sobre un mismo vehículo, por una sola vez en un solo lugar.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD \$1'000,000.00

DEDUCIBLES

Robo Total y Parcial:	5% de la pérdida
Resto de Riesgos:	2% de la pérdida

LIMITES TERRITORIALES (ORIGEN Y DESTINO)

Dentro de la República Mexicana

CUOTAS

Cuota **0.45%**, aplicable al monto de la declaración mensual de embarques realizados al mes, la cual se deberá efectuar de los 30 días naturales posteriores al mes en que se efectúan los pagos

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

Queda convenido entre las partes, que las notificaciones de los embarques realizados en cada mes, se llevarán a cabo dentro de los primeros quince días del mes inmediato posterior al que se realizaron, en obvio de la concentración y envío de información por las áreas internas del Consejo y menajes de Jueces y Magistrados.

Para ambas pólizas los bienes nuevos se indemnizarán a valor factura y/o precio de adquisición.

Para ambas pólizas en bienes usados y por cualquier tipo de pérdida total y/o parcial, debe considerarse la indemnización "a valor de reposición" para los siniestros que ocurran a todos los bienes, entendiéndose como la sustitución y/o reposición en especie o la indemnización en efectivo a criterio y satisfacción del Consejo de la Judicatura Federal de los bienes afectados en el siniestro y de conformidad con un presupuesto y/o cotización de las mismas características, que realice a la fecha del evento cualquier proveedor; en razón de lo anterior, no es aplicable realizar a los ajustes y/o determinaciones de indemnización de bienes, descuentos en equipos y/o depreciación alguna por deméritos, avances tecnológicos o análogos; asimismo y de conformidad a las sumas aseguradas, la aseguradora cubrirá todas las pérdidas registradas durante la vigencia del contrato y/o póliza de seguro, por la cantidad equivalente al valor de reposición del o de los bienes dañados, siendo la suma que exige la reparación y/o reposición.

Para bienes usados con más de siete años de existencia a cargo del propietario se indemnizarán a valor real.

La dirección de bienes y valores para esta póliza, así como la acreditación de propiedad, existencia y preexistencia de los mismos, corresponde única y exclusivamente a los terceros beneficiarios del seguro Magistrados y Jueces, por lo que el Consejo de la Judicatura Federal en su carácter exclusivo de asegurado, solamente es intermediario entre la aseguradora y beneficiario en el trámite de aseguramiento de bienes y reclamos por lo que corresponde bajo la más estricta responsabilidad del beneficiario, formular su reclamo y manifestar su satisfacción a la reposición o indemnización según corresponda.

III.- PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE TRANSPORTE DE PERSONAS.

1 BIENES CUBIERTOS

La compañía se obliga a pagar por los accidentes o daños causados a las personas y/o su equipaje por motivo de los servicios de transporte proporcionados por "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", en cualquiera de las vías de comunicación terrestres, de las unidades amparadas en esta póliza, propiedad de esta institución y durante la vigencia de la misma. Las indemnizaciones a que se tengan derecho, serán conforme a lo establecido en esta especificación.

2 RIESGOS CUBIERTOS

La responsabilidad civil del viajero en que incurra "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN", a consecuencia de accidentes en el que sufran lesiones corporales o la muerte, las personas transportadas en los vehículos asegurados, tratándose de empleados, visitantes, invitados, personal en capacitación, que tengan o no, algún vínculo con "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

- **Muerte:** sí como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, sobreviniere la muerte, la aseguradora pagará a los beneficiarios designados, el importe de la suma asegurada cubierta para este renglón.

- **Pérdidas Orgánicas:** con escala de indemnización "b", en caso de que el asegurado, con motivo directo del accidente y dentro de los 90 días a partir de la fecha del mismo sufra cualquiera de las pérdidas enumeradas en esta sección, la compañía pagará al asegurado de acuerdo a la siguiente tabla, previa comprobación médica:

AMBAS MANOS, AMBOS PIES O LA VISTA DE AMBOS OJOS:	100%
UNA MANO Y UN PIE:	100%
UNA MANO O UN PIE Y LA VISTA DE UN OJO:	100%
PÉRDIDA TOTAL DEL BRAZO O DE UNA MANO:	60%
PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR Y DEL ÍNDICE DE UNA MANO:	25%
PÉRDIDA TOTAL DE 3 DEDOS COMPRENDIENDO EL PULGAR O EL ÍNDICE DE UNA MANO:	30%
PÉRDIDA TOTAL DE 3 DEDOS QUE NO SEAN EL PULGAR O EL ÍNDICE DE UNA MANO:	25%
PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR Y DE OTRO DEDO (NO SIENDO EL ÍNDICE DE UNA MANO):	25%
PÉRDIDA TOTAL DEL ÍNDICE Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL PULGAR DE UNA MANO:	20%
PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR SOLO:	20%
PÉRDIDA TOTAL DEL ÍNDICE:	15%
PÉRDIDA TOTAL DEL DEDO MAYOR, DEL ANULAR O DEL MENIQUE:	5%
PÉRDIDA TOTAL DE 2 DE ÉSTOS ÚLTIMOS 3 DEDOS:	10%
PÉRDIDA TOTAL DE UNA PIERNA O DE UN PIE:	50%
AMPUTACIÓN PARCIAL DE UN PIE, COMPRENDIENDO TODOS LOS DEDOS:	30%
PÉRDIDA DEL MAXILAR INFERIOR:	30%
PÉRDIDA TOTAL DE UN OJO:	30%
SORDERA COMPLETA:	25%
ACORTAMIENTO POR LO MENOS EN 5 CM, DE UN MIEMBRO INFERIOR:	15%
PÉRDIDA TOTAL DEL PULGAR DE UN PIE:	5%

Reembolso de gastos médicos: cuando con motivo del accidente, el asegurado dentro de los 182 días siguientes de la fecha del mismo, se viera precisado a someterse a intervención médica o quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermero, ambulancias o medicinas, "LA ASEGURADORA" pagará además de las indemnizaciones a que tuviere derecho el asegurado, el monto de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto y previa comprobación.

3 SUMA ASEGURADA:

La Suma Asegurada será de acuerdo con los Artículos 62, 63, 64, y 65 de la Ley de Caminos, Puentes y Auto transporte Federal y el 127 de las Vías Generales de Comunicación, hasta el sublímites establecido en la tabla de sumas aseguradas y/o valores declarados por órgano adjunta.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES:

EN CUANTO A LA OBLIGACIÓN.

Art. 62.- "La Ley establece que los permisionarios de auto transporte de pasajeros y turismo protegerán a los viajeros y a su equipaje por los daños que sufran con motivo de la prestación del servicio"

Art. 63.- "las personas físicas y morales autorizadas por los Estados y del Distrito Federal para operar auto transporte público de pasajeros y que utilicen tramos de vías de jurisdicción federal, garantizarán su responsabilidad, en los términos de este capítulo, por los daños que puedan sufrir los pasajeros que transporten, sin perjuicio de que satisfagan los requisitos y condiciones para operar en carreteras de jurisdicción federal."

EN CUANTO A LO CONDUCENTE A LA FORMA DE INDEMNIZACIÓN.

Art. 64.- "El derecho a percibir las indemnizaciones establecidas en este capítulo y la fijación del monto, se sujetara a las disposiciones del Código Civil para el Distrito Federal en materia común, y para toda la Republica en materia Federal."

Con el objeto de encontrarse dentro del marco legal (Art. 1915 del Código Civil para el Distrito Federal y Artículos 500, 501 y 502 de la Ley Federal del Trabajo), el que transporta personas deberá proceder, en forma inmediata.

3.1.- LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD POR PASAJERO:

MUERTE:

FALLECIMIENTO	5,000 DSMGVDF
GASTOS FUNERARIOS	1,000 DSMGVDF

LESIONES:

GASTOS MÉDICOS	3,160 DSMGVDF
ASISTENCIA MEDICA	AMPARADA
PERDIDA DE EQUIPAJE	200 DSMGVDF

4.- DEDUCIBLE:

SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.

5.- LÍMITE GEOGRÁFICO:

Dentro de la República Mexicana.

6.- CONDICIONES Y CLAUSULADO ESPECIALES:

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA: Establece que cualquier parte de la Suma Asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente, una vez que los bienes dañados hayan sido reparados o repuestos,

Se ampara el ascenso y descenso de las unidades y vehículos de transporte.

Se amparan a los funcionarios, empleados y a sus familiares y dependientes como terceros, así como a los terceros ajenos a "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN".

Unidades utilizadas: camionetas de diferentes marcas y modelos, según relación por órgano (**ANEXO 2**).

Esta póliza se manejará Sin Relación de Asegurados y en caso de siniestro se demostrará la responsabilidad de "EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" en el Transporte de las Personas.

SECCIÓN 4.-

I.- PÓLIZA PARA CASAS HABITACIÓN PROPIEDAD DEL CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL "TODO RIESGO DE INCENDIO Y DAÑOS DIVERSOS"

Que ampare contra los riesgos que más adelante se indican y a las que están expuestas las edificaciones materiales con sus accesorios adheridos que por disposición de las fracciones I y III, del artículo 750 del Código Civil Federal, forman parte del mismo inmueble, y/o bienes y/o contenidos propios de la construcción y a la intemperie, de cada una de las 345 casas que conforman el patrimonio del Consejo de la Judicatura Federal

RIESGOS ASEGURADOS: TODO RIESGO DE INCENDIO Y DAÑOS DIVERSOS POR:

La aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos y procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia al Consejo de la Judicatura Federal, por los siguientes riesgos:

- 1) Todo riesgo de incendio; rayo y explosión
- 2) Terremoto y erupción volcánica, humo y tizne;
- 3) Huracán, inundación común, granizo, ciclón, vientos tempestuosos, inundación por lluvia, desbordamiento de ríos y cualquier otro tipo de derrame y/o filtración de cualquier líquido por cualquier motivo y que cubra las superficies de construcción de las ubicaciones del Consejo de la Judicatura Federal;
- 4) Extensión de cubierta (cualquier tipo de disturbio: huelgas, alborotos populares, vandalismo en manifestaciones y/o marchas públicas, riesgos aliados, conmoción civil y/o cualquier acto cualquiera que sea su naturaleza, de personas mal intencionadas);
- 5) Remoción de escombros por casa habitación, para el caso de siniestro indemnizable por cualquiera de los riesgos cubiertos, la aseguradora cubrirá todo gasto que sea necesario erogar, hasta por la suma asegurada que se expone en cuadro, para remover los escombros de los bienes afectados como son: desmontaje, demolición, limpieza o acarreo y los que necesariamente tengan que

llevarse a cabo, para que los bienes dañados queden en condiciones de reparación o reconstrucción;

- 6) Responsabilidad Civil General, amparando la descripción que se expone en cuadro;
- 7) Pérdidas consecuenciales; 20% de la suma asegurada de casa afectada, gastos extraordinarios a consecuencia de un siniestro, contemplado entre otros, la renta de inmuebles;
- 8) Rotura de cristales, vidrios y domos de cualquier otro tipo que sean parte de la estructura del inmueble independientemente del espesor.; y
- 9) Robo total y/o parcial, con y sin violencia, y daños materiales no catastróficos ocasionados por cualquier riesgo y/o evento amparado por la póliza y señalados en los incisos anteriores, de bienes contenidos y/o accesorios propios adheridos a la construcción y/o se encuentren en intemperie y hasta por el sub límite amparado en la sección IV.

Aplicará a todas las secciones de esta póliza "endoso a valor reposición", entendiéndose como la sustitución y/o reposición en especie o la indemnización en efectivo a criterio y satisfacción del Consejo de la Judicatura Federal, de los bienes afectados en el siniestro y de conformidad con un presupuesto y/o cotización de las mismas características, que realice a la fecha del siniestro cualquier proveedor, en razón de lo anterior, no es aplicable realizar a los ajustes y/o determinaciones de indemnización de bienes, descuentos en equipos y/o depreciación alguna por deméritos, avances tecnológicos o análogos; asimismo y de conformidad a las sumas aseguradas por ubicación, la aseguradora cubrirá todas las pérdidas registradas durante la vigencia del contrato y/o póliza de seguro, por la cantidad equivalente al valor de reposición del o de los bienes dañados, siendo en el caso de inmuebles la cantidad que exige la construcción y/o reparación y/o reposición de los mismos.

Elección de cobertura, es decir, en caso de que la pérdida de bienes esté amparada por dos secciones, el Consejo de la Judicatura Federal, podrá elegir la que más le convenga para presentar su reclamación del siniestro y obtenga la recuperación del bien en especie y/o efectivo, en especial para los daños materiales no catastróficos amparados por la sección IV.- De contenidos siempre y cuando la pérdida calculada ocurrida por cualquier riesgo amparado por la póliza, no exceda el límite de la sección IV, es decir, solo para daños a contenidos y a fin de que siempre exista indemnización.

A fin de evitar candados a riesgos e indemnizaciones en la emisión de la póliza no serán aplicables condiciones particulares y/o de cualquier otra descripción, tipo o índole, que prevalezcan sobre las condiciones generales y especiales de la póliza, no procederán endosos de ningún tipo que limiten las condiciones solicitadas.

INCENDIO Y DAÑOS DIVERSOS

BIENES ASEGURADOS

345 casas habitación pertenecientes al Programa de Dotación de Vivienda a Magistrados y Jueces (FICAJ).

LIMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO

\$2,853,235.74

Se anexa en disco óptico listado de ubicaciones que indica domicilio de los inmuebles, y su valor de construcción.

Remoción de escombros

30% de la suma asegurada individual de cada casa como límite único y combinado en adición a sublímites, (límite adicional al límite máximo de responsabilidad por ubicación).

DEDUCIBLES

Terremoto y erupción volcánica.

El porcentaje de acuerdo a la zona sísmica descrito por la tarifa AMIS aplicable sobre el valor de la estructura afectada y/o contenidos afectados y coaseguro del 5% de participación en cada pérdida.

Incendio y/o rayo y explosión.

Sin deducible

Fenómenos Hidro-meteorológicos

Zona	Criterio de zonificación	Deducibles y Coaseguro
1	Municipios costeros que en su mayoría se encuentran a menos de 50 mts. de altitud SNM.	2% del valor real o de reposición de la estructura afectada y sus contenidos y coaseguro del 5% de participación en cada pérdida.
2	Municipios costeros que en su mayoría se encuentran a más de 500 mts. y menos de 1,000 mts. de altitud SNM.	1% del valor real o de reposición de la estructura afectada y sus contenidos y coaseguro del 5% de participación en cada pérdida.
3	Municipios costeros que en su mayoría se encuentren a más de 1,000 mts de altitud SNM, y los del interior del país.	1% del valor real o de reposición de la estructura afectada y sus contenidos y coaseguro del 5% de participación en cada pérdida.

Extensión de cubierta, excepto explosión.

1% de la suma asegurada de estructura dañada

Otros riesgos.

1% de la suma asegurada de estructura dañada

Remoción de daños y limpieza.

Sin deducible

SECCIÓN II.- RESPONSABILIDAD CIVIL

Daños y perjuicios que el Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación ocasione a terceros en sus bienes o personas, derivados de hechos, actos u omisiones no intencionales en el desempeño de las actividades normales y operaciones inherentes y que provoquen la muerte o menoscabo de la salud de dichos terceros o el deterioro o destrucción de los bienes propiedad de los mismos.

Para los efectos de esta sección, deben entenderse los siguientes conceptos:

Hechos: "eventos y/o acontecimientos de la naturaleza o del hombre ocasionados de manera súbita, incierta e imprevista, y que tienen consecuencias de hecho y de derecho" (no ampara hechos intencionales);

Actos: "exteriorización de la voluntad del hombre de manera no intencional, imprudencial y culposa y que tiene consecuencias de hecho y de derecho" (no ampara actos intencionales y/o dolosos);

Omisiones: "abstención de la voluntad del hombre de manera no intencional, imprudencial y culposa y que tiene consecuencias de hecho y de derecho" (no ampara la omisión intencional); y

Debe considerarse como terceros afectados de hechos, actos u omisiones de carácter puramente civil y no laboral, a los empleados del Consejo de la Judicatura Federal del Poder Judicial de la Federación, sus familiares, visitantes y cualquier persona ajena a la Institución a la que se autorice el acceso a cualquier ubicación patrimonial.

LIMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

Por ubicación

\$200,000.00

Gastos de defensa.

50% Adicionales a la suma asegurada

DEDUCIBLES

Lesiones de muerte a terceros en sus personas.

Sin deducible

Daños a terceros en sus bienes

Sin deducible

SECCIÓN III.- ROTURA DE CRISTALES

BIENES ASEGURADOS

Cristales pertenecientes a la estructura, debidamente instalados, así como los domos y vitrales

RIESGOS ASEGURADOS

Rotura de cristales, domos y vitrales

LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

Por ubicación \$25,000.00

DEDUCIBLE SIN COASEGURO

2% sobre la pérdida con mínimo de 3 DSMVDF

SECCIÓN IV.- ROBO CON Y SIN VIOLENCIA Y DAÑOS MATERIALES A CONTENIDO Y/O ACCESORIOS

BIENES ASEGURADOS

Bienes contenidos y/o accesorios propios adheridos a la construcción y/o se encuentren en intemperie como son puertas, mobiliario de baño, cocina, chapas, alfombras, circuitos de vigilancia, tuberías, mallas ciclónicas, jardineras y análogos.

RIESGOS ASEGURADOS

Robo total y/o parcial, con y sin violencia, y daños materiales no catastróficos por cualquier evento de los riesgos asegurados.

SUMAS ASEGURADAS

\$300,000.00 POR UBICACIÓN.

DEDUCIBLE SIN COASEGURO

5% sobre el monto de la pérdida, con mínimo de 30 DSMVDF

CLÁUSULAS ADICIONALES

ENDOSO A VALOR DE REPOSICIÓN

1.- DEFINICIÓN DE VALOR DE REPOSICIÓN

Entendiéndose como "valor de reposición", la sustitución en especie o la indemnización en efectivo a criterio del Consejo de la Judicatura Federal, de los bienes afectados en el siniestro y de conformidad con un presupuesto y /o cotización de las mismas características, que realice en la fecha del evento cualquier proveedor, en razón de lo anterior, no es aplicable realizar a las bases de indemnización de bienes, descuentos por deméritos de equipos u otros análogos.

Por lo tanto, el término "valor de reposición" significara la suma que se requiere para la construcción y/o reparación cuando se trate de bienes inmuebles y/o adquisición, instalación o reparación cuando se trate de maquinaria y/o equipo de igual clase, calidad, tamaño y/o capacidad de producción que los bienes asegurados, sin considerar deducción alguna por depreciación física, pero incluyendo el costo de fletes, derechos aduanales y gastos de montaje, si los hubiese.

2.- SUMA ASEGURADA

En cualquier parte en que el termino suma asegurada aparezca impreso en la póliza a la que se adhiere este endoso, se sustituirá por el valor de reposición, tal y como se define en la cláusula primera.

3.- EXCLUSIONES

En ningún caso la compañía será responsable bajo esta cláusula:

- a) por cualquier gasto adicional derivado de la necesidad o deseo del asegurado, de construir o reponer los bienes dañados, en lugar distinto del que ocupan al ocurrir el siniestro.
- b) por cualquier gasto adicional en exceso del valor de reposición motivado por las leyes o reglamentos que regulen la construcción, reparación o reposición de los bienes dañados.

- c) Por la diferencia entre el valor real y valor de reposición en caso de pérdida o daño que afecte a bienes permanentemente fuera de uso o inservibles, o aquellos que no sean contruidos, reconstruidos, repuestos o reparados, ya que se trate de edificios o maquinaria y equipo.
- d) Por cualquier cantidad mayor del valor de reposición de la o las partes dañadas cuando la pérdida o daño afecte a unas de esas partes de un bien cubierto que para estar completo para su uso conste de varias partes.

REMOCIÓN DE ESCOMBROS

En caso de siniestro indemnizable bajo la presente póliza, la misma se extiende a cubrir los gastos que sean necesarios erogar para remover los escombros de los bienes afectados, hasta el límite máximo establecido en el texto de la póliza.

Remoción de escombros.- quedan comprendidos dentro de esta cobertura todos aquellos gastos causados por desmontaje, demolición, limpieza o varios y cualquier otra actividad similar, no quedan comprendidos los gastos efectuados para disminuir o evitar el daño a que se refiere el Artículo 113 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El endoso queda sujeto a las condiciones generales de la póliza y a las coberturas contratadas, por lo tanto, en el caso de pérdida, deberá dar aviso y sujetarse a lo mencionado para este efecto en las condiciones generales, asimismo, la cláusula de proporción indemnizable queda sin efecto alguno en cuanto a la cobertura a que se refiere el presente endoso.

Es condición expresa de este endoso, que en caso de pérdida o daño que amerite indemnización, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de la póliza, la compañía se obliga a indemnizar al asegurado hasta el límite máximo mencionado en el primer párrafo por los gastos que sea necesario erogar.

Esta cobertura no surtirá efecto cuando la remoción de escombros sea a consecuencia de que los bienes asegurados hayan sido dañados por riesgos diferentes a los cubiertos, cuando sea por orden de autoridad o decisión del asegurado sin que los bienes asegurados hayan sido afectados por alguno de los riesgos cubiertos, así como las exclusiones citadas en las condiciones generales de la póliza de incendio o rayo y de los endosos anexos a la misma.

SECCIÓN DE APARTADOS

APARTADO A

GLOSARIO QUE SE APLICA EN TÉRMINOS DE LA CLÁUSULA DE PRELACIÓN A TODAS LAS PÓLIZAS DEL PROGRAMA INTEGRAL DE SEGUROS, QUE TÉCNICAMENTE LO PERMITAN.

DEFINICIONES DE CLAUSULADO ESPECIAL:

LA ASEGURADORA DEBERÁ INCLUIR TODOS SUS TEXTOS DE LOS RIESGOS AMPARADOS Y EXCLUIDOS, TANTO EN LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES, ASÍ COMO LAS DE CONVENIO EXPRESO DE ESTAS SECCIONES, PREVALECIENDO ESTAS SOBRE LAS DE LA ASEGURADORA.

TODO RIESGO: Se amparan todos los bienes del Poder Judicial de la Federación a todo riesgo de pérdida o daño material que sufran de manera súbita, violenta, fortuita, imprevista y accidental. Incluyendo aquéllos que se presenten en un evento catastrófico, considerado como una acumulación de responsabilidades de una acumulación de bienes expuestos a un peligro común en un tiempo y área determinada, siendo, los riesgos catastróficos (aquéllos que están expuestos por su ubicación o naturaleza propia a una eventualidad de tipo colectivo, éstos de manera enunciativa y no limitativa como terremoto, temblor, erupción volcánica, riesgos hidro-meteorológicos, robo de contenidos, etc.

PRIMER RIESGO: La compañía Aseguradora pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad establecido por cada órgano integrante del Poder Judicial de la Federación, sin exceder del Valor de Reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. El Límite Máximo de Responsabilidad es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real o de reposición de los bienes asegurados.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que sería necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso, incluyendo gastos de envío, fletes, así como los impuestos que se generen por su adquisición o importación.

ENDOSO DE INFLACIÓN AL 5% POR AÑO: Permite actualizar la suma asegurada de acuerdo al índice inflacionario sin caer en bajo seguro.

ADQUISICIÓN AUTOMÁTICA: Se entiende y conviene que esta póliza otorga cobertura automática, bienes e intereses similares o adicionales, ya sea por adquisición o por cualquier motivo que constituya un riesgo para EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN, durante la vigencia de ésta póliza y dentro de los límites territoriales especificados en la misma.

AMIS: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguro

AUTORIZACIÓN PARA REPONER EN ESPECIE, RECONSTRUIR O REPARAR: En caso de siniestro que amerite indemnización bajo la presente Póliza, el Asegurado podrá previo aviso por escrito a la Compañía, optar por la reposición de los bienes dañados o disponer de ellos para empezar inmediatamente su reparación o reconstrucción, ya sea

en el mismo sitio en el que se encontraban o en otro o bien para destinarlos a otro uso; quedando entendido que la Responsabilidad de la Compañía está limitada al costo real o de reposición de la reparación, reconstrucción o reposición en especie, sin exceder en ningún caso de la suma asegurada o límite a primer riesgo.

CIEN METROS: Los bienes asegurados quedan igualmente amparados mientras se encuentren temporalmente en maniobras de carga y descarga sobre andenes, plataformas, carros de ferrocarril, camiones o cualquier otro lugar, dentro de los límites de los terrenos de las ubicaciones mencionadas en la Póliza o instalados a una distancia de 100 metros de los mismos.

CLÁUSULA DE ANTICIPOS POR SINIESTROS: El asegurado podrá solicitar un anticipo de hasta el 50% del monto del siniestro, a partir de los 15 días posteriores al mismo, siempre y cuando éste se haya declarado procedente y se haya integrado la documentación que avale como mínimo la cantidad pactada.

CLÁUSULA DE NO-SUBROGACIÓN EN CONTRA DE EMPLEADOS Y/O PERSONAL DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN: Una vez pagada la indemnización correspondiente, el asegurado no se verá obligado a subrogar los derechos a la compañía aseguradora cuando la, el o los responsables del daño haya o hayan sido filiales, subsidiaria, empleados o personal de la entidad.

COBERTURA PARA LOS BIENES QUE POR SU PROPIA NATURALEZA DEBAN ESTAR A LA INTEMPERIE: Se cubre todos aquellos bienes que por su propia naturaleza, operación o almacenamiento deban de estar a la intemperie y estén diseñados para operar fuera de instalaciones.

DERRAME DE EQUIPOS DE PROTECCIONES CONTRA INCENDIO: Los bienes amparados por la póliza quedan cubiertos por la misma cantidad, contra pérdidas por daños materiales causados directamente por derrames de cualquier equipo de protecciones contra incendio tales como pero no limitativos a: rociadores, hidrantes, rociadores automáticos, etc.

ELIMINACIÓN DE LA CLÁUSULA DE PROPORCIÓN INDEMNIZABLE: Si al momento de ocurrir un siniestro, los bienes tienen un valor total real o de reposición según se indique en la carátula de la póliza superior a la cantidad asegurada, no operará la proporción indemnizable y la Compañía responderá al 100% de los límites a Primer Riesgo fijado en la póliza.

ENDOSO DE INFLACIÓN: Permite actualizar automáticamente la suma asegurada y el límite a primer riesgo de acuerdo al índice inflacionario según el índice nacional de precios al consumidor que se acumule.

EQUIPO MÓVIL O PORTÁTILES: Serán todos aquellos equipos y aditamentos que por sus propias características y diseños pueden moverse de ubicación.

ERRORES Y OMISIONES: Queda entendido y convenido que cualquier error u omisión accidental en el alta, descripción, inclusión o ubicación de los bienes asegurados, no perjudicará los intereses del asegurado, ya que la intención de esta cláusula es de protegerlo en todo tiempo. Por lo tanto será corregido al ser descubierto.

EVENTO: La empresa aseguradora responderá por los límites establecidos en la póliza por cada evento; definiendo evento como los daños asegurados que sucedan, en un lapso de 72 horas.

HONORARIOS A PROFESIONISTAS, LIBROS Y REGISTROS: Este seguro se extiende a cubrir los honorarios de arquitectos, ingenieros, agrimensores y contadores públicos así como la pérdida o daño a libros de contabilidad, ficheros y otros registros.

Sin embargo la cobertura no excederá del costo de libros o cualquier otro material en blanco más el costo real del trabajo necesario para transcribir o copiar dichos registros, costos legales correspondientes a planos, especificaciones y servicios relacionados con la reposición o construcción de los bienes asegurados bajo la póliza, siempre que en conjunto con el importe de la pérdida pagada no exceda de la suma asegurada del bien dañado.

INTERESES MORATORIOS: En caso de que la Compañía, no obstante, de haber recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumplan con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual equivalente a la tasa de interés que resulte más alta de los documentos en que mantenga invertidas sus reservas técnicas durante el lapso de mora.

Lo dispuesto anteriormente no es aplicable en los casos a que se refiere el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

MANIOBRAS DE CARGA Y DESCARGA: Ampara los daños a los bienes que son transportados cuando se realizan las maniobras de carga y descarga.

NO-ADHESIÓN: Los términos y condiciones establecidos en la presente póliza fueron acordados y fijados libremente entre el asegurado y la compañía, por lo que este es un contrato de no-adhesión y por lo tanto no se ubica en el supuesto previsto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en esa virtud esta póliza no requiere ser registrada ante C N S y F.

PAGO DE SINIESTROS: Las indemnizaciones serán pagadas a valor de reposición para edificios y contenidos en general; el valor de reposición de los inmuebles se pagará incluso en el caso de que los bienes dañados estuvieran permanentemente fuera de uso o bien no sean reconstruidos, repuestos y reparados. El criterio de indemnización a valor de reposición operará también para las coberturas de responsabilidad civil en sus diferentes rubros, a menos que las leyes vigentes indiquen una salvedad al respecto.

PERMISOS: Mediante esta cláusula y sin límite de tiempo el asegurado podrá hacer en el lugar afectado adiciones, alteraciones y reparaciones y trabajar a cualquier hora y suspender labores, dejar vacío o dejar desocupado cualquier local, llevar a efecto cualquier trabajo o tener en existencia y hacer uso de todos aquellos artículos materiales, aprovisionamiento y aparatos que puedan necesitar para la normal operación de su negocio.

PRELACIÓN: Cualquier contenido dentro de los textos estipulados en estos contratos-póliza tendrá preferencia sobre las condiciones generales de la aseguradora y en caso de que las generales contravengan o modifiquen los pactados en las condiciones particulares solicitadas, estas condiciones generales quedarán sin efecto.

PRIMER RIESGO: La compañía pagará el importe de los daños sufridos hasta el monto del Límite Máximo de Responsabilidad sin exceder del valor de reposición que tenga el bien al acaecer el siniestro. El Límite Máximo de Responsabilidad es un monto absoluto que no tiene que guardar ninguna relación porcentual respecto al valor real o de reposición de los bienes asegurados.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA: Establece que cualquier parte de la suma asegurada que se reduzca por efecto de siniestro será reinstalada automáticamente.

RESPONSABILIDAD CIVIL ACTIVIDADES E INMUEBLES: Cubre la Responsabilidad Civil en que incurra el asegurado, empleados o personal por daños o pérdida de bienes de terceros derivadas de las funciones y actividades propias, ya sea como depositario, propietario o arrendatario de terrenos, edificios, locales, laboratorios, equipos portátiles, equipos electrónicos, centros de investigación o almacenes, por el uso de maquinaria, equipo y productos peligrosos que sean utilizados para su actividad, sobre bienes propiedad de terceros en general, así como lesiones corporales a terceros, causados en forma involuntaria.

RESPONSABILIDAD CIVIL ARRENDATARIO: Cubre la Responsabilidad Civil Legal por daños que por incendio o explosión, se causen al inmueble o inmuebles tomados (totalmente o en parte) en arrendamiento por el asegurado para el uso convenido en el contrato de seguro, siempre que dichos daños le sean imputables.

RESPONSABILIDAD CIVIL ESTACIONAMIENTOS: Ampara la Responsabilidad Civil legal en que incurriera el asegurado por daños a automóviles propiedad de terceros que estuvieren bajo su custodia, sin acomodadores sin boletos de estacionamiento, solo con el registro de entrada y/o salidas.

VALOR COMERCIAL PARA VEHÍCULOS: Será el valor de venta que consigna la guía EBC, la auto métrica y AMIS y en caso de existir un porcentaje de incremento a este valor, queda comprendido dentro del valor comercial.

VALOR DE REPOSICIÓN: Cantidad que sería necesario erogar para construir, adquirir, reparar o reponer el bien dañado sin considerar la depreciación física por uso y/o avances tecnológicos, para equipos no mayores a 5 años.

COBERTURA DE DAÑOS MATERIALES OCASIONADOS DIRECTAMENTE POR FENÓMENOS HIDRO-METEOROLÓGICOS.

CLÁUSULA 1ª COBERTURA.

Con sujeción a las condiciones generales y especiales de la póliza a la cual se adhiere este endoso y con límite en la suma asegurada contratada, los bienes materia del seguro quedan cubiertos, contra pérdidas o daños materiales ocasionados por **AVALANCHAS DE LODO, GRANIZO, HELADA, HURACÁN, INUNDACIÓN, GOLPE DE MAR, MAREJADA, NEVADA Y VIENTOS.**

Para efectos de la presente póliza se entenderá por:

A) AVALANCHAS DE LODO

Deslizamiento de lodo provocado por inundaciones o lluvias.

B) GRANIZO

Precipitación atmosférica de agua que cae con fuerza en forma de cristales de hielo duro y compacto. Bajo este concepto además se cubren los daños causados por la obstrucción en los registros de la red hidrosanitaria y en los sistemas de drenaje localizados dentro de los predios asegurados y en las bajadas de aguas pluviales a consecuencia del granizo acumulado en las mismas.

C) HELADA

Fenómeno climático consistente en el descenso inesperado de la temperatura ambiente a niveles iguales o inferiores al punto de congelación del agua en el lugar de ocurrencia.

D) HURACÁN

Flujo de agua y aire de gran magnitud, moviéndose en trayectoria circular alrededor de un centro de baja presión, sobre la superficie marina o terrestre con velocidad periférica de vientos de impacto directo igual o mayor a 118 kilómetros por hora, que haya sido identificado como tal por el servicio meteorológico nacional.

E) INUNDACIÓN

El cubrimiento temporal accidental del suelo por agua, a consecuencia de desviación, desbordamiento o rotura de los muros de contención de ríos, canales, lagos, presas, estanques y demás depósitos o corrientes de agua, naturales o artificiales.

El cubrimiento temporal accidental del suelo por agua de lluvia a consecuencia de la inusual y rápida acumulación o desplazamiento de agua originados por lluvias.

F) MAREJADA

Alteración del mar que se manifiesta con una sobre elevación de su nivel debida a una depresión o perturbación meteorológica que combina una disminución de la presión atmosférica y una fuerza cortante sobre la superficie del mar, producida por los vientos.

G) GOLPE DE MAR O TSUNAMI

Daños por el agua ocasionados por la agitación violenta de las aguas del mar a consecuencia de una sacudida del fondo, que eleva su nivel y se propaga hasta las costas dando lugar a inundaciones.

H) NEVADA

Precipitación de cristales de hielo en forma de copos.

I) VIENTOS

Cualquier tipo de viento o corriente de aire.

La cobertura aplicable será aquélla que origine en forma inmediata los daños directos a los bienes asegurados, independientemente del fenómeno meteorológico que los origine.

CLÁUSULA 2ª BIENES EXCLUIDOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO.

Los bienes que a continuación se indican están excluidos de la cobertura y sólo podrán quedar amparados bajo la misma, mediante convenio expreso entre el asegurado y la compañía, fijando sumas aseguradas por separado como sublímite y mediante el cobro de prima adicional correspondiente. De lo anterior la compañía dará constancia escrita.

1. Edificios terminados que carezcan total o parcialmente de techos, muros, puertas, o ventanas, siempre y cuando dichos edificios hayan sido diseñados y/o construidos para operar bajo estas circunstancias, de acuerdo con los reglamentos de construcción de la zona vigentes a la fecha de la construcción.

2. Maquinaria y/o equipo fijo y sus instalaciones que se encuentren total o parcialmente al aire libre o que se encuentren dentro de edificios que carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros, siempre y cuando hayan sido diseñados específicamente para operar en estas condiciones y estén debidamente anclados.

3. Bienes fijos distintos a maquinaria que por su propia naturaleza estén a la intemperie, entendiéndose como tales aquellos que se encuentren fuera de edificios o dentro de edificios que carezcan total o parcialmente de techos, puertas, ventanas o muros.

Esto es enunciativo mas no limitativo:

- A) albercas.
- B) anuncios y rótulos.
- C) caminos, andadores, calles, guarniciones o patios en el interior de los predios del asegurado.
- D) elementos decorativos de áreas exteriores.
- E) instalaciones y/o canchas deportivas.
- F) luminarias.
- G) muros de contención de concreto armado, bardas, rejas y/o mallas perimetrales y sus puertas o portones.
- H) palapas y pérgolas.
- I) sistemas de riego, incluyendo sus redes de tuberías.
- J) torres y antenas de transmisión y/o recepción.
- K) tanques o silos metálicos o de materiales plásticos.

4. Bienes muebles o la porción del inmueble en sótanos o semisótanos considerándose como tales: cualquier recinto donde la totalidad de sus muros perimetrales se encuentren total o parcialmente bajo el nivel natural del terreno.

CLÁUSULA 3ª DEDUCIBLE.

En cada reclamación por daños materiales causados por los riesgos amparados por este endoso, o remoción de escombros, en caso de que esta cobertura fuese contratada, siempre quedará a cargo del asegurado una cantidad equivalente al porcentaje que se indica en la tabla siguiente sobre el valor, real o de reposición de los bienes asegurados según se haya contratado en esta póliza.

ZONA	DEDUCIBLE	DEDUCIBLE PARA UBICACIONES SITUADAS FRENTE AL MAR, LAGO O LAGUNA, O CON FACHADAS DE CRISTAL, O BIEN CON MUROS DE MATERIALES LIGEROS O EDIFICIOS CERRADOS CON TECHOS DE PALAPA */
ALFA 1 PENÍNSULA DE YUCATÁN	2%	5%
ALFA 1 PACÍFICO SUR	2%	5%
ALFA 1 GOLFO DE MÉXICO	2%	5%
ALFA 1 INTERIOR DE	2%	2%

LA REPÚBLICA		
ALFA 2	1%	1%
ALFA 3	1%	1%

*/ Contempla también edificios cerrados con muros macizos y techos de palma, guano, tejamanil, paja o zacate.

El deducible se aplicará separadamente con respecto a cada edificio o sus contenidos. Si el seguro comprende dos o más edificios o sus contenidos, el deducible aplicará de manera separada para cada uno de ellos.

Cuando se trate de los bienes contemplados en la cláusula 2ª de este endoso, el deducible aplicable será del 15% de la suma asegurada contratada para estos bienes en la ubicación afectada.

Si el asegurado al momento de la contratación declaró puntualmente los bienes a la intemperie asegurados con el detalle de sus valores, el deducible aplicable será el 5% sobre el valor declarado que en conjunto tengan los bienes a la intemperie.

En caso de que hayan sido contratadas cobertura de pérdidas consecuenciales, se aplicará el deducible indicado en la carátula y/o especificación de coberturas de la presente póliza.

En caso de tener contratadas las coberturas de terremoto y riesgos hidro-meteorológicos para la misma ubicación y ocurrir un evento que produjese daños directos indemnizables por el sismo y por golpe de mar, se aplicará un solo deducible, el del riesgo cuyo deducible estipulado resulte mayor.

CLÁUSULA 4ª COASEGURO.

Es condición indispensable para otorgar la presente cobertura, que el asegurado soporte, por su propia cuenta, un 10% de toda pérdida o daño indemnizable que sobrevenga a los bienes materia del seguro, y, en su caso, a sus pérdidas consecuenciales y remoción de escombros, si es que éstas coberturas hubiesen sido contratadas.

Para bienes relacionados en la cláusula 2ª de este endoso el coaseguro aplicable será de 20% del monto de la pérdida o daño indemnizable.

Para la cobertura de golpe de mar, el coaseguro será el que marca la cobertura de terremoto, de acuerdo a la tarifa de la asociación mexicana de instituciones de seguros (AMIS).

Estos coaseguros se aplican después de descontados los deducibles aplicables.

CLÁUSULA 5ª INTEGRACIÓN DE RECLAMACIONES POR UN EVENTO HIDRO-METEOROLÓGICO

Todas las pérdidas originadas por los riesgos cubiertos a los bienes amparados se considerarán como un solo siniestro si ocurren durante un evento que continúe por un período hasta de 72 horas a partir de que inicie el daño a los bienes asegurados para todos los riesgos señalados en la cláusula 1ª, salvo para inundación, para la cual el lapso se extenderá hasta las 168 horas.

Cualquier evento que exceda de 72 horas consecutivas para todos los riesgos enunciados en la cláusula 1a o de 168 horas para inundación, se considerará como dos o más eventos, tomados en múltiplos de los límites indicados en esta cláusula.

CLÁUSULA 6ª TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen que éste podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito. Cuando el asegurado lo dé por terminado, la compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor de acuerdo con la tarifa para seguros a corto plazo siguiente (en porcentaje de la prima anual):

Hasta 1 mes	35%
Hasta 2 meses	50%
Hasta 3 meses	65%
Hasta 4 meses	80%
Hasta 5 meses	95%
Más de 5 meses	100%

Cuando la compañía lo dé por terminado, lo hará mediante notificación fehaciente al asegurado surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 días de recibida la notificación respectiva. La compañía deberá devolver a prorrata la prima no devengada a más tardar al hacer dicha notificación, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

CLÁUSULA 7ª DEFINICIONES GENERALES

A) ALCANTARILLADO

Red de canales subterráneos que, a lo largo de las calles recibe las aguas sucias y los detritos domésticos e industriales, así como las aguas de lluvia, llevándolas hasta instalaciones depuradoras o las vierte en un río o en el mar.

B) BAJADA DE AGUA PLUVIAL

Conducto instalado desde la cubierta de un edificio hasta el nivel del piso para desalojar aguas pluviales.

C) BIEN MUEBLE

Cualquier bien que por su naturaleza puede ser trasladado de un lugar a otro, tales como, maquinaria portátil, mobiliario, existencias, materias primas, productos terminados o en proceso, refacciones, accesorios, entre otros.

D) CIMENTACIÓN

Parte de un edificio bajo el nivel del suelo o bajo el primer nivel al que se tenga acceso, hecho de mampostería, de concreto armado, acero o concreto, que transmite las cargas que soporta una estructura al subsuelo.

E) CONSTRUCCIÓN MACIZA

Las edificaciones que contemplen en su construcción:

Muros: de piedra, tabique, tabicón, block de cemento, tepetate, adobe o concreto armado. Se permite que en estos muros existan secciones de vidrio block.

Entrepisos: de bóveda metálica, bovedillas, siporex, losa acero, tridilosa, bóveda de ladrillo sobre armazón de hierro o cemento armado.

Techos: de concreto, bóveda de ladrillo, vigueta y bovedilla, siporex, losa acero, tridilosa con hormigón o mezcla con espesor mínimo de 2 ½ centímetros.

Estructura: de acero estructural, de concreto armado, a base de muros de carga de concreto, tabique, de adobe o mampostería, se consideran como construcción maciza, pero bajo el concepto de "nave industrial", aquellos edificios que contemplan:

Muros o techos: de lámina metálica, de multipanel, o de asbesto, cuando estos materiales estén presentes en una superficie mayor al 20% del total de los muros o de propios los techos.

Fachadas: de cristal, siempre que estén diseñados y ejecutados de acuerdo con los reglamentos de construcción vigentes al momento de la edificación de la obra.

Estructura de madera

F) DEPÓSITOS O CORRIENTES ARTIFICIALES DE AGUA

Vasos, presas, represas, embalses, pozos, lagos artificiales, canales de ríos y vertederos a cielo abierto.

G) DEPÓSITOS O CORRIENTES NATURALES DE AGUA

Los que provienen de afluentes, ríos, manantiales, riachuelos o arroyos, aguas contenidas en lagos o lagunas.

H) EDIFICACIÓN EN DEMOLICIÓN

Edificio o construcción en el que se realice trabajo físico en forma intencional y premeditada cuyo objetivo sea su desmantelamiento, derrumbe o destrucción en forma parcial o total.

I) EDIFICACIÓN EN RECONSTRUCCIÓN

Edificio o construcción en el que se realice trabajo físico en forma planeada y organizada cuyo objetivo sea volver a construirlo, restableciendo las mismas características físicas y funcionales con las que fue concebido desde su origen.

J) EDIFICACIÓN EN REMODELACIÓN

Edificio o construcción en el que se realice trabajo físico para modificarlo o transformarlo variando sus características físicas o funcionales en forma parcial o total, pero siempre y cuando no implique la modificación de su soporte estructural o armazón.

K) EDIFICACIÓN EN REPARACIÓN

Edificio o construcción en el que se realice trabajo físico con el objetivo de devolver al inmueble su estado físico o de funcionalidad con el que contaba inmediatamente anterior a la ocurrencia del daño material que motivó dichos trabajos.

L) EDIFICIO TERMINADO

El inmueble listo para su ocupación, que cuenta con todas sus ventanas y vidrios instalados, pisos terminados, puertas colocadas y muros y techos.

M) FALTA O INSUFICIENCIA DE DRENAJE EN LOS INMUEBLES DEL ASEGURADO

Falta o insuficiencia de capacidad de los sistemas de drenaje y de desagüe pluvial propios de la instalación hidrosanitaria del inmueble asegurado para desalojar los residuos

generados en el uso del inmueble o la captación pluvial del mismo y que provoca saturación de dichos sistemas, teniendo como consecuencia su desbordamiento.

N) MUROS DE CONTENCIÓN

Los que confinan y retienen el terreno pudiendo encontrarse bajo el nivel del piso accesible más bajo, trabajando cimentaciones y pueden ser independientes, encontrándose fuera de un edificio sin recibir ninguna carga y no estar ligados a la estructura de un edificio.

O) MUROS DE MATERIALES LIGEROS

Los contruidos con materiales distintos a piedra, tabique, tabicón, block de cemento, tepetate, adobe o concreto armado.

P) UBICACIONES SITUADAS EN LA PRIMERA LÍNEA FRENTE AL MAR, LAGO O LAGUNA

Conjunto de bienes aseguradas bajo un mismo domicilio donde su primera edificación en línea recta a la fuente de agua se encuentre a menos de:

- 500 metros de la línea de rompimiento de las olas en marea alta
- 250 metros de la "RIVERA" del lago o laguna.

PÉRDIDAS CONSECUENCIALES POR RIESGOS HIDRO-METEOROLÓGICOS, SUELDOS, SALARIOS Y/O GASTOS FIJOS.

A) RIESGOS CUBIERTOS:

La pérdida pecuniaria real y efectiva en **sueldos, salarios y/o gastos fijos** de la negociación asegurada, que necesariamente continúen y se sigan erogando, directamente resultante de la necesaria interrupción de la operación del negocio a consecuencia de daños físicos directos o la destrucción de los bienes asegurados por la realización de alguno de riesgos los cubiertos bajo el endoso de fenómenos hidro-meteorológicos.

También se cubren los gastos en que sea necesario incurrir, con el objeto de reducir la pérdida, pero sin exceder de la cantidad en que efectivamente se haya reducido.

El asegurado ha declarado el(los) importe(s) anual(es) estimado(s) para sus conceptos de sueldos, salarios y gastos fijos, mismos que se encuentran indicados en la carátula y/o en la especificación de coberturas, quedando entendido y convenido que en caso de que estos sean inferiores a los que realmente tuvo durante los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha del siniestro, será aplicable la cláusula de proporción indemnizable estipulada en las condiciones generales de la póliza.

En consideración a la cuota aplicada a esta cobertura, el periodo máximo de indemnización amparado por la misma, en ningún caso excederá del número de meses señalado en la carátula o especificación de coberturas de la presente póliza.

Sin exceder del periodo de indemnización estipulado, ni de los límites máximos de responsabilidad establecidos en los numerales primero y segundo abajo señalados, la compañía será responsable solamente durante el tiempo que sea necesario, a partir de la fecha del daño o destrucción, para reconstruir, reparar o reemplazar la parte de la propiedad que haya sido dañada o destruida y que se encuentre asegurada por esta póliza, hasta reanudar las operaciones normales del negocio existentes inmediatamente antes del siniestro.

Con sujeción a las condiciones generales impresas en la póliza a la cual va adherida, esta cobertura, la compañía conviene en que, si la propiedad descrita en la póliza, fuere destruida o dañada por alguno de los riesgos contratados en la póliza de daños directos bajo el endoso de fenómenos hidro-meteorológicos, que ocurriere durante la vigencia de esta póliza y las operaciones del negocio fueren interrumpidas o entorpecidas a causa de los riesgos cubiertos, esta compañía será responsable, como más adelante se expresa, por la pérdida efectiva que sufra el asegurado durante el período de indemnización contratado, por:

Primero. Los gastos fijos que necesariamente tengan que seguirse erogando durante una suspensión total o parcial de operaciones pero solamente en la medida que el negocio hubiere producido para cubrir tales gastos de no haber ocurrido el siniestro, hasta un límite máximo de responsabilidad señalado en la carátula o especificación de coberturas de la presente póliza.

Segundo. Los sueldos y salarios de los trabajadores al servicio del asegurado en su negocio cubierto bajo la póliza, siempre que tales salarios tengan que continuar pagándose durante la total o parcial suspensión del negocio, pero solamente en la medida que el negocio hubiera producido para cubrir tales salarios de no haber ocurrido el siniestro, hasta un límite máximo de responsabilidad señalado en la carátula o especificación de coberturas de la presente póliza.

Como el objeto de esta cobertura es indemnizar al asegurado de los daños que resienta por la paralización ó interrupción de su negocio, la compañía no será responsable por cantidad alguna que no hubiere sido producida por el negocio de no haber acontecido el siniestro. Para la determinación de la indemnización, se considerará la experiencia anterior a la fecha del siniestro y la probable experiencia posterior que hubiera habido de no suceder éste.

A) DEFINICIONES:

Los términos que en seguida se citan tendrán los significados siguientes:

1.- **GASTOS FIJOS.**- los gastos que necesariamente tengan que seguirse erogando durante una suspensión total o parcial de operaciones pero solamente en la medida que el negocio hubiere producido para cubrir tales gastos de no haber ocurrido el siniestro

2.- **LÍMITE(S) MÁXIMO(S) DE RESPONSABILIDAD.**- en singular o en plural, la(s) suma(s) asegurada(s) máxima(s) a indemnizar en caso de siniestro por los conceptos de sueldos, salarios y gastos fijos. Dependiendo del esquema de cobertura seleccionado, pueden considerarse como valores independientes para a) gastos y b) sueldos y salarios, o bien contemplarse como un solo límite único y combinado en un solo valor para estos dos conceptos. Los límites máximos de responsabilidad en ningún caso podrán ser mayores al importe anual estimado para conceptos de sueldos, salarios y gastos fijos.

3.- **PERIODO DE INDEMNIZACIÓN.**- Es el período que se inicia en la fecha del siniestro y dentro de la vigencia de la cobertura, y que termina al transcurrir el número de meses estipulados en ella, dentro de cuyo período puedan quedar afectadas las operaciones del negocio asegurado como consecuencia del referido siniestro y sin quedar limitado por la fecha de expiración de la vigencia de esta cobertura.

4.- **SUELDOS Y SALARIOS.**- Remuneración económica por el trabajo realizado por una persona, establecido mediante un contrato laboral o de servicio entre el asegurado y el o los trabajadores, así como las prestaciones previstas ya sea en la ley asociadas al sueldo

o salario como las cuotas por seguridad social, las del Infonavit, el SAR, etc. o bien las previstas en el contrato colectivo de trabajo.

5.- IMPORTE ANUAL ESTIMADO PARA CONCEPTOS DE SUELDOS, SALARIOS Y GASTOS FIJOS.- el monto que el asegurado ha declarado a la contratación de la póliza como valor de referencia sobre los montos que representan anualmente los sueldos, salarios y gastos fijos. Dependiendo del esquema de cobertura contratado, pueden venir señalados como valores independientes para a) gastos y b) sueldos y salarios, o bien como un solo valor para estos dos conceptos.

B) CONDICIONES ADICIONALES:

1.- INTERRUPCIÓN POR AUTORIDAD CIVIL.- dentro del periodo de indemnización contratado, esta cobertura ampara la pérdida consecuencial real asegurada, sin exceder de dos semanas consecutivas, cuando, como resultado directo de la afectación por los riesgos amparados en los bienes del asegurado o en predios colindantes, el acceso a los predios haya sido prohibido por orden de autoridades civiles.

2.- REANUDACIÓN DE OPERACIONES Y USO DE OTRAS PROPIEDADES.- tan pronto como fuere posible después de ocurrir cualquier siniestro, es obligación del asegurado reanudar total o parcialmente las operaciones de su negocio cubierto en la presente cobertura y usar, si fuere necesario y posible, otros locales o propiedades si por estos medios puede ser reducida la pérdida amparada por la presente y tal reducción será tomada en cuenta al determinar las pérdidas que hubieran de pagarse de acuerdo con este contrato.

3.- EQUIPO Y MATERIALES SUPLEMENTARIOS.- toda maquinaria suplementaria, refacciones, equipo, materiales, accesorios, materias primas y productos en proceso de elaboración excedentes de reserva, que sean propiedad del asegurado o puedan ser controlados y usados por él, en caso de siniestro deberán utilizarse para poner su negocio asegurado bajo la presente cobertura en condiciones de continuar o reanudar operaciones.

4.- EXCLUSIONES ADICIONALES.- esta compañía no será responsable por pérdida alguna resultante por daño o destrucción de productos terminados, ni por el tiempo que fuera necesario para reproducir cualquier producto terminado que hubiere sido dañado o destruido, ni por pérdida alguna que puede ser ocasionada por cualquier mandato o ley que reglamente la construcción o reparación de edificios, ni por la suspensión, expiración o cancelación de cualquier contrato de arrendamiento o concesión, contrato, pedido u orden, ni por cualquier otra pérdida consecuencial.

5.- DISMINUCIÓN DE GASTOS ASEGURADOS.- el asegurado tiene la obligación de reducir en lo posible los gastos asegurados durante el período de indemnización, con objeto de reducir la pérdida.

6.- LIBROS O REGISTROS DE CONTABILIDAD.- para efectos de indemnización de la presente cobertura el asegurado otorga a la compañía la autorización de revisar libros o registros de contabilidad, así como la documentación oficial.

7.- CAUSAS DE CESACIÓN DE LA COBERTURA.

Las obligaciones de la aseguradora en lo concerniente a esta cobertura de pérdidas consecuenciales cesarán si se diere cualquiera de los siguientes hechos:

- Si después de un siniestro el asegurado suspendiere voluntariamente el negocio para no volverlo a reanudar, esta cobertura quedará cancelada y la compañía devolverá la prima a prorrata no devengada a la fecha del siniestro.
- Si se clausura el negocio durante un período consecutivo de veinte o más días.
- Si se entrega el negocio a un liquidador o síndico ya sea por orden judicial, por acuerdo de acreedores o por voluntad del asegurado.

C) DEDUCIBLE:

En cada reclamación causada por los riesgos amparados por esta cobertura, siempre quedará a cargo del asegurado una cantidad equivalente al porcentaje o días de espera que se indica en la carátula o especificación de coberturas de la presente póliza.

D) COASEGURO:

Es condición indispensable que el asegurado soporte, por su propia cuenta, un 10% de toda pérdida o daño indemnizable que sobrevenga las pérdidas consecuenciales. Este coaseguro se aplica después de descontados los deducibles aplicables.

ADECUACIÓN DEL CONCEPTO DE EXTENSIÓN DE CUBIERTA

NUEVA ESTRUCTURA DE EXTENSIÓN DE CUBIERTA
EXPLOSIÓN.
HUELGAS, ALBOROTOS POPULARES, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO Y DAÑOS POR ACTOS DE PERSONAS MAL INTENCIONADAS.
NAVES AÉREAS U OBJETOS CAÍDOS DE ELLAS.
VEHÍCULOS O NAVES AÉREAS PROPIEDAD DEL ASEGURADO O A SU SERVICIO, O PROPIEDAD O AL SERVICIO DE INQUILINOS.
HUMO O TIZNE.
ROTURAS O FILTRACIONES ACCIDENTALES DE TUBERÍAS O SISTEMAS DE ABASTECIMIENTOS DE AGUA O DE VAPOR.
DESCARGAS ACCIDENTALES O DERRAME DE AGUA O DE VAPOR DE AGUA, PROVENIENTES DE APARATOS O EQUIPOS INDUSTRIALES O DOMÉSTICOS, COMPRENDIENDO SISTEMAS DE REFRIGERACIÓN, ACONDICIONAMIENTO DE AIRE O CALEFACCIÓN.
CAÍDA DE ÁRBOLES.
CAÍDA DE ANTENAS PARABÓLICAS Y DE RADIO DE USO NO COMERCIAL.

EL RENOMBRAMIENTO DE LA COBERTURA DE DAÑOS POR AGUA

EL CONCEPTO DE "DAÑOS POR AGUA" QUEDA COMO "DAÑOS A TUBERÍAS Y/O SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA" RIESGOS QUE COMPRENDE ESTA COBERTURA:

DAÑOS A TUBERÍAS Y/O SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

ROTURAS O FILTRACIONES ACCIDENTALES DE TUBERÍAS O SISTEMAS DE ABASTECIMIENTOS DE AGUA O DE VAPOR.

DESCARGAS ACCIDENTALES O DERRAME DE AGUA O DE VAPOR DE AGUA, PROVENIENTES DE APARATOS O EQUIPOS INDUSTRIALES O DOMÉSTICOS, COMPRENDIENDO SISTEMAS DE REFRIGERACIÓN, ACONDICIONAMIENTO DE AIRE O CALEFACCIÓN.

• **CANCELACIÓN ANTICIPADA**

Esta póliza puede ser cancelada en cualquier momento, a solicitud del asegurado, mediante un aviso por escrito enviado con treinta días de anticipación a la fecha de cancelación. Dicho aviso deberá estipular la fecha de cancelación, debiendo ser cuando menos, treinta días después, operando bajo los siguientes conceptos:

Si el asegurado cancela la póliza, la compañía retendrá la proporción devengada de la prima en la manera usual y devolverá la proporción a prorrata, de la prima del riesgo no devengado.

• **ALTAS Y BAJAS O INCREMENTOS Y DISMINUCIONES DE LÍMITES**

Las altas, bajas, reducciones o incrementos de sumas aseguradas o límites, durante la vigencia de la póliza se cobrarán o devolverán de acuerdo a la tarifa inicial a prorrata.

• **LIQUIDACIÓN DE PÉRDIDAS**

En caso de cualquier pérdida indemnizable bajo esta póliza, la compañía liquidará a los asegurados dentro del plazo legal el importe de las pérdidas; por plazo legal se entenderá el que fija la ley para el pago de indemnizaciones de 15 días contados a partir de la fecha en que sean entregados a la compañía toda la documentación probatoria de la pérdida. En caso de incumplimiento, la compañía pagará los intereses moratorios de acuerdo a la cláusula autorizada (intereses moratorios).

• **CONDICIONES IMPRESAS**

Quedan sujetas las partes contratantes a las presentes condiciones especiales, teniendo prelación las de EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN sobre las condiciones generales y sus endosos de la Aseguradora.

• **NO ADHESIÓN**

De acuerdo con la circular S-8.1 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los productos de seguros que se ofrezcan al público, como contratos de no adhesión y que conforme a la regulación aplicable, requieran registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, las instituciones aseguradoras deberán apegarse a los lineamientos señalados en la disposición cuarta de la circular antes mencionada, con excepción de lo relativo al dictamen jurídico.

• **CLÁUSULA DE BUENA FE**

Conviene ambas partes, tanto el asegurado como la aseguradora, aceptar en términos del artículo 50, fracción IV, de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, renunciar

a la rescisión del contrato por la omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9, y 10 de la citada ley.

- **ALTAS Y BAJAS**

La compañía acepta cubrir bajo el presente endoso en la póliza de seguro, todas aquellas adquisiciones de bienes muebles e inmuebles hechas por el asegurado, en relación con la operación, bajo las condiciones y precio pactados para cada riesgo y ejercicio fiscal, cubriendo el importe correspondiente a prorrata.

Así mismo acepta dar de baja aquellos bienes muebles e inmuebles que por su naturaleza el asegurado no tenga la responsabilidad de asegurarlos y devolverá la prima no devengada a prorrata.

Los bienes inmuebles que se adquieran durante el curso de la vigencia, serán reportados a la aseguradora para su alta respectiva, los cuales se ampararán bajo los mismos términos establecidos en la póliza, sus condiciones especiales y generales.

- **ACREDITACIÓN DE LA POSESIÓN DE LA PROPIEDAD EN PÓLIZAS DE DAÑOS**

La posesión del bien o bienes asegurados se demostrara con el resguardo correspondiente o el reporte de inventario del asegurado.

- **PAGO EN ESPECIE, SE ADJUNTA EL CONTENIDO DEL CONVENIO DE PAGO EN ESPECIE PARA TODO EL RAMO DE DAÑOS.**

Ambas partes pactan realizar el pago en especie de acuerdo a la publicación del diario oficial del jueves 4 de mayo del 2000, por parte de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; en su Capítulo V, Tercera Sección, Numeral 43 párrafo cuarto que a la letra dice:

“En caso de que la recuperación de seguros se proponga en especie las dependencias deberán suscribir un convenio con la compañía aseguradora que garantice la restitución de los bienes siniestrados”.

- **ASIGNACIÓN DE PERSONAL**

Se deberá asignar por lo menos a un ejecutivo para la atención y servicio de la cuenta con los conocimientos y facultades necesarias para la toma de decisiones en la tramitación, emisión, pago de indemnizaciones y cualquier asunto referente con el programa de aseguramiento integral. El cual deberá estar disponible los 365 días del año las 24 hrs. del día y deberá presentarse por lo menos una vez a la semana en las instalaciones del asegurado.

- **APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES**

Quedan amparados los riesgos tanto de las condiciones generales, así como los que sean aplicables por convenio expreso a cada una de las pólizas de acuerdo al giro del asegurado.

Los riesgos excluidos en las condiciones generales aplicarán siempre y cuando no contravengan, limiten o minimicen las coberturas y condiciones solicitadas.

Las condiciones y cláusulas que no aparezcan en este glosario podrán ser complementadas libremente, siendo requisito que se anexen en su oferta técnica, siempre y cuando no se contrapongan con lo establecido en bases-

- **AJUSTADORES**

“EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN” elegirá al despacho de ajustadores, sin perjuicio de que éste al momento de la elección, no cuente con convenio con la aseguradora.

APARTADO B.-

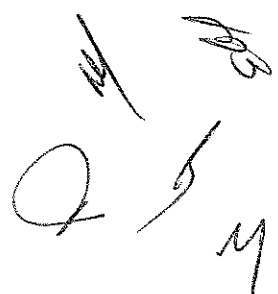
Durante la vigencia de la póliza, “**La Aseguradora**” se obliga a impartir por lo menos dos cursos de capacitación en materia de Seguros y/o Administración de Riesgos al personal de “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**”, los cuales deberán ser planeados con anticipación, por lo que se solicita que se envíe por lo menos con dos semanas de anticipación el programa o temario, fecha propuesta, lugar, horario y duración.

Estos cursos deberán estar dirigidos al personal de la Dirección de Administración de Riesgos de “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” y/o al personal que “**EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**” designe.

Asimismo, el Poder Judicial de la Federación podrá solicitar visitas de inspección a sus inmuebles con el fin de determinar los posibles riesgos a los que se encuentran sometidos, las que realizará la compañía sin cargo para el asegurado.

INTEGRACION DE SUMAS ASEGURADAS

Se adjunta medio magnético (**ANEXO 3**).

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page. There are several distinct marks, including what appears to be a large 'Q' or '2' and some cursive initials.

SEGURO VOLUNTARIO DE CASA-HABITACIÓN

La Compañía Aseguradora que resulte ganadora de la Partida 3, deberá ofrecer una póliza individual de casa-habitación (paquete familiar) a los servidores públicos y sus familiares directos (hijos, padres, cónyuges, concubino(a) o pareja del mismo sexo o cualquier otra figura de la legislación civil), que de manera voluntaria la contraten, cuya prima total estará a cargo del propio servidor público, la cual deberá contemplar al menos las siguientes coberturas:

COBERTURAS	DEDUCIBLE O SUMA ASEGURADA	OBSERVACIONES
I. Daños Materiales al inmueble		
Incendio	El límite máximo es el 100% del valor del inmueble.	Sin deducible.
Explosión	El límite máximo es el 100% del valor del inmueble.	Sin deducible.
Huelgas y Vandalismo	El límite máximo es el 100% del valor del inmueble.	1% de la suma asegurada con máximo \$13,600 M.N.
Remoción de escombros	El 10% sobre el valor del inmueble.	Sin deducible.
Gastos extraordinarios	El 18% sobre el valor del inmueble.	Sin deducible.
Cobertura amplia	El 100% del valor del inmueble.	1% de la suma asegurada con máximo de \$13,600.00 M.N.
Cristales	El 5% sobre el valor del inmueble.	Sin deducible
Terremoto y erupción volcánica	El 80% sobre el valor del inmueble.	2% del valor asegurable de reposición.
Fenómenos hidrometeorológicos	Lo solicita el asegurado y la suma asegurada depende de cada caso.	Sin deducible.
II. Daños Materiales a los contenidos		
Incendio	El límite máximo es el 100% del valor total de los	Sin deducible

	contenidos asegurados.	
Explosión	El límite máximo es el 100% del valor total de los contenidos asegurados.	Sin deducible
Huelgas y Vandalismo	El límite máximo es el 100% del valor total de los contenidos asegurados.	1% de la suma asegurada con máximo de \$13,600.00 M.N.
Remoción de escombros	El 10% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	Sin deducible.
Gastos extraordinarios	El 18% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	Sin deducible.
Equipo Electrónico	El 30% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	25% del costo de reposición mínimo \$200.00 M.N., total 10% valor de reposición.
Prendas en tintorería	\$8,500.00 M.N.	10% sobre pérdida con mínimo \$230.00 M.N.
Cobertura amplia	El 100% del valor total de los contenidos.	1% de la suma asegurada con máximo de \$13,600.00 M.N.
Cristales	El 5% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	5% sobre el valor del cristal.
Terremoto y erupción volcánica	El 80% sobre el valor total de los contenidos asegurados.	2% del valor asegurable de reposición.
Fenómenos hidrometeorológicos	Lo solicita el asegurado y la suma asegurada depende de cada caso.	
Sección III. Robo con Violencia y/o asalto		
Robo	El 100% del valor total de los	10% sobre pérdida con mínimo de

	contenidos asegurados.	\$2,300.00 M.N.
Dinero	\$2,000.00 M.N.	Sin deducible.
Objetos valuados	Lo solicita el asegurado y la suma asegurada depende de cada caso.	20% sobre pérdida con mínimo de \$2,300.00 M.N.
Asalto en vía pública	\$8,500.00 M.N.	10% sobre pérdida con mínimo de \$230.00 M.N.
Sección IV. Responsabilidad Civil		
RC Familiar	El límite máximo es el 100% del valor del inmueble.	Sin deducible.
Asistencia al Hogar	Amparada	Sin deducible.
Trabajadores domésticos	\$30,000.00 M.N.	\$1,000.00 M.N. fijos por cobertura afectada.

La colectividad de las casas-habitación propiedad de los servidores públicos se encuentran integradas por: 99 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación; 132 del Consejo de la Judicatura Federal y 10 del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación. Para fines informativos se agrega relación que incluye las ubicaciones de los inmuebles y las sumas aseguradas. Anexo 9

Esta cotización no formará parte de los criterios de adjudicación.

PARTIDA 4

SEGUROS DE VEHÍCULOS

SUBPARTIDA 4.1

**SEGURO DE VEHÍCULOS PROPIEDAD DEL
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

De acuerdo a las especificaciones técnicas que se señalan en:

SUBPARTIDA 4.1: Seguro Institucional de Vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación

SUBPARTIDA 4.2: Seguro voluntario de vehículos particulares de servidores públicos, pensionados y jubilados del Poder Judicial de la Federación, cuya prima total es a cargo del servidor público.

La población y siniestralidad de las subpartidas antes mencionadas se entregará en CD a los licitantes en la compra de las bases.

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ CONTENER:

1. La propuesta técnica deberá contener manifestación por escrito firmada por el representante legal, bajo protesta de decir verdad de cumplir de forma cabal con lo solicitado en las Bases, junta de aclaraciones y sus Anexos de la partida 4, firmados por el representante legal o apoderado legal de las instituciones de Seguros participantes.
2. Opcionalmente las empresas podrán adjuntar instructivos, manuales, guía rápida, etc., y en su caso los demás aspectos que en su conjunto mejoren, especialicen y actualicen el servicio solicitado, tales como folletería, instructivos de llenado, dípticos del servicio, etc.
3. Las participantes deberán proporcionar Directorio de Servicio (Coordinadores, oficinas de servicio, red de talleres y agencias en convenio, servicios médicos y oficinas de servicio) así como para Zona Metropolitana y en las siguientes ciudades del interior de la República que a continuación se indican, así como en aquéllas en las que en su futuro se requiera.

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

4. Las empresas participantes deberán presentar para la partida 4 propuesta de los siguientes formatos.
 - Multiformato para Altas, Bajas, Modificación y Coberturas, debiendo contener como mínimo los siguientes campos:
 - a. DATOS GENERALES.
 - Altas, Bajas, Modificación de Datos
 - Inicio de Movimiento.
 - b. DATOS DEL SOLICITANTE
 - RFC.
 - No. de expediente.
 - Teléfono.
 - Póliza No.
 - Clave de Adscripción.
 - Nombre, apellido paterno, apellido materno.
 - Calle y número.
 - Colonia.
 - Código Postal.
 - Estado.
 - Delegación o Municipio.
 - Ciudad o Población.
 - c. DATOS DE LOS VEHICULOS.
 - Marca, modelo, descripción del vehículo.
5. Una muestra de cada una de las pólizas.
6. Operación y Administración.- Las instituciones participantes deberán presentar manifestación por escrito bajo protesta de decir verdad, de cumplir cabalmente con este punto y sus incisos, así como la descripción del procedimiento o flujo de operación para llevarlo a cabo.

a).- Uso de los Sistemas y Base de Datos:

Deberán contar con un "Sistema de Información para el Manejo de Datos" que de acuerdo a la Base original proporcionada por las tres instancias contratantes, deberá ser actualizada por parte de la Institución de acuerdo a los movimientos correspondientes (altas, bajas y modificaciones), incluyendo los datos que en su caso, la Institución tendrá y que deberá complementar.

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

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

b).- Cobranza:

- La Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación acordarán con la Institución, el número de quincenas a descontar para la subpartida 4.2
- Las conciliaciones de cobranza de cada subpartida se llevarán a cabo a solicitud de cada Instancia del Poder Judicial de la Federación, conjuntamente con el personal de la Institución ganadora.

c).- Servicios:

- La Institución deberá proporcionar el servicio de un Centro de Atención Telefónica Gratuito, las 24 horas del día, los 365 días del año; asimismo deberá contar con personal especializado que conozca e informe las condiciones del Poder Judicial de la Federación y que proporcione la atención en caso de algún siniestro.
- La Institución deberá asignar un ejecutivo de cuenta o un coordinador para las tres Instancias Administrativas (SCJN, CJF, TEPJF) que sirva de enlace para la atención y servicio administrativo en el ámbito nacional, las 24 horas del día, los 365 días del año.
- La institución deberá proporcionar e instalar a su costo, para la subpartida 4.2, como mínimo un Módulo de Atención en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, uno en el Consejo de la Judicatura Federal y otro en el Tribunal Electoral, que otorguen servicios de las 9:00 a.m. a las 7:30 p.m.
- La Institución deberá generar y entregar a cada instancia al área correspondiente, reportes mensuales de siniestralidad para la partida 4, de acuerdo al siguiente formato:
 - Número de siniestro.
 - Lugar del siniestro.
 - Nombre de titular.
 - Nombre del conductor.
 - Número de expediente.
 - Adscripción.
 - Tipo de daño.
 - Deducible en su caso
 - Importe pagado sin IVA.
 - Desglose de IVA.
 - Total de pago.

7. Entrega de las Pólizas:

- La Institución entregará las pólizas, tanto en la zona metropolitana como en el Interior de la República, en un plazo máximo de 30 días hábiles posteriores a la notificación del fallo y entrega de la base de datos de la población a asegurar por cada instancia Administrativa, clasificadas por adscripción y alfabéticamente.
- Las pólizas correspondientes a la subpartida 4.1 se deberán entregar a las áreas correspondientes de cada instancia administrativa.
- En el caso de la subpartida 4.2 las pólizas del Consejo correspondientes en la zona metropolitana se entregarán en la Dirección General de Servicios al Personal y para el interior de la República, la Institución deberá enviar directamente a las Administraciones Regionales y Delegaciones Administrativas, previa coordinación con la Dirección General de Servicios al Personal del Consejo de la Judicatura Federal. Las Administraciones y Delegaciones se encuentran ubicadas en las ciudades relacionadas en la tabla de unidades administrativas del presente anexo técnico. Para la Corte y el Tribunal se entregarán en las áreas que éstos asignen.
- La Institución deberá entregar a cada Instancia Carta Cobertura que ampare desde el inicio de la vigencia hasta la entrega total de las pólizas.

SEGURO DE VEHICULOS PROPIEDAD DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

El servicio materia de esta contratación, es el Seguro de Automóviles que se refiere al aseguramiento para cubrir los riesgos que se pudieran presentar en los vehículos propiedad del Poder Judicial de la Federación.

Para la cotización de la flotilla vehicular integrada por 216 unidades de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 485 unidades del Consejo de la Judicatura Federal, y 208 unidades del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, se proporciona relación agregada a la carpeta de información en disco magnético relacionado con las presentes bases, donde se incluye la cobertura y la descripción de cada unidad (marca, tipo, modelo de cada vehículo – automóviles y camiones-).

La vigencia será por dos años a partir de las 12:00 horas del 31 de diciembre del 2015 y hasta las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2017 incorporando al programa de aseguramiento las unidades que lleguen a solicitarse en cada flotilla durante el transcurso de la vigencia.

RIESGOS ASEGURADOS. Operarán las condiciones generales de la póliza y se deberán amparar las coberturas indicadas en los cuadros siguientes en los cuales la Compañía Aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia:

**PÓLIZAS DE FLOTILLA VEHICULAR
AUTOMÓVILES, MOTOCICLETAS, CAMIONES Y CAMIONETAS DE CARGA**

Para la cotización de la flotilla vehicular integrada por 485 unidades a nivel nacional del Consejo de la Judicatura Federal, 208 unidades del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, 216 unidades de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se proporciona relación agregada a la carpeta de información y disco magnético relacionado con las presentes bases, donde se incluye la descripción de cada unidad (marca, tipo, modelo, números de serie, motor, de cada vehículo - automóviles, motocicletas, camionetas y camiones de carga-), así como la siniestralidad de dos vigencias anteriores, con las que cuente cada órgano emitida, dicha información necesaria para la elaboración de la cotización respectiva.

El número de unidades con equipo especial proporcionado por la convocante se integran de la siguiente forma: **Consejo de la Judicatura Federal 125 unidades, Suprema Corte de Justicia de la Nación 24 unidades y el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación 28 unidades.**

La cobertura será por una vigencia de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2015 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2017 incorporando al programa de aseguramiento las unidades que se lleguen a incorporar a cada flotilla durante el transcurso de la vigencia.

RIESGOS ASEGURADOS. Operarán las condiciones generales de la póliza, sin embargo y además, deberán amparar como coberturas especiales, las siguientes indicadas en cuadros y textos, donde dichas condiciones especiales tendrán prelación sobre las generales; por lo que la aseguradora indemnizará todos y cada uno de los eventos ocurridos y procedentes que se susciten durante el transcurso de la vigencia, por los siguientes riesgos:

COBERTURAS PARA: I.- AUTOS Y MOTOS; y II.- CAMIONES Y CAMIONETAS DE CARGA	SUMAS ASEGURADAS
Daños Materiales y Robo Total.	VALOR FACTURA sin depreciación para unidades nuevas hasta 12 meses de uso al momento del siniestro, a partir de la fecha de compra. Anteriores modelos, del valor comercial mas alto de guía EBC, más un 10%
Exención de deducible por pérdida total de daños materiales o robo total.	AMPARADA
Responsabilidad civil a terceros en bienes y personas.	\$ 4'000,000.00
Responsabilidad civil cruzada del asegurado para automóviles Únicamente daños, a bienes o entre vehículos propiedad del asegurado y dentro de sus instalaciones o estacionamientos de inmuebles. El deducible quedará a cargo del responsable.	AMPARADA
Gastos médicos a ocupantes Invariablemente del tipo del vehículo.	Como límite único y combinado por ocupante de: \$ 100,000.00
Servicios de asistencia vial y defensa legal vehicular	\$ 1'500,000.00
Accidentes automovilísticos al conductor	\$ 100,000.00
Pena convencional (opera después de 60 minutos de espera)	\$100.00 por minuto de retraso hasta cubrir total de deducible AMPARADA
Daños ocasionados por la carga tipo A (Camiones y camionetas)	\$ 50,000.00
Equipo especial (Blindajes, cubiertas de batea, cajas secas, etc., según especificación adjunta) Para unidades que lo requieran. Daños Materiales, Cristales y Robo Total, bajo los mismos riesgos y condiciones de las coberturas principales de daños materiales y robo total.	AMPARADA
DEDUCIBLES: Únicos deducibles aplicables, no se aceptan potenciaciones de ninguna especie.	2% Daños Materiales, 0% Robo Total y de la guía EBC al momento del siniestro; Cristales: 10% del valor del cristal afectado. 15% Equipo especial; Cristales blindados 15% de la pérdida.

El ajustador deberá llegar en un máximo de 60 minutos o menos a partir de que se haya reportado el siniestro a cabina, de lo contrario la Compañía Aseguradora restará \$100.00 MN por cada minuto de retraso hasta cubrir el importe total del deducible, en caso de que la instancia deba pagarlo.

PARA DAÑOS MATERIALES:

- Ciclón, huracán, granizo, terremoto, erupción volcánica, alud, derrumbe de tierra o piedras, caída o derrumbe de construcciones, edificaciones, estructuras u otros objetos, caída de aeronaves, polvos y cenizas volcánicas, inclusive caída de árboles o sus ramas e inundación natural o a causa de desbordamiento de ríos, lagos o aguas negras, tornado, vendaval, vientos tempestuosos, hundimiento de tierra y demás riesgos siempre que constituyan un hecho súbito e imprevisto.
- Desbielamiento por inundación. Procederá siempre y cuando no haya agravación del Riesgo.
- Daños en actos de personas que tomen parte en paros, huelgas, disturbios de carácter obrero, social o político, mítines, alborotos populares, eventos musicales o artísticos, motines o de personas malintencionadas durante la realización de tales actos o bien autoridades legalmente reconocidas que con motivo de sus funciones intervengan en dichos actos, inclusive vandalismo.
- Los daños o pérdidas materiales que sufra el vehículo, a consecuencia de atentados a la vida o integridad de sus ocupantes, quedarán amparados por la presente póliza.
- CRISTALES: Se cubrirá el pago o reposición, incluyendo los costos de colocación de todos los cristales: parabrisas, laterales, aletas, medallón y/o quemacocos (techos corredizos originales de agencia o sun roof), así como las gomas y herrajes de soporte de estos, con los que el fabricante adapta originalmente al vehículo asegurado como consecuencia de rotura o desprendimiento de los mismos.

TIEMPO DE LLEGADA AL LUGAR DEL SINIESTRO, MÁXIMO 60 MINUTOS: En las principales ciudades de la República Mexicana y donde no tenga que ingresar el ajustador a autopista federal o de cuota (Distrito Federal y Zona Metropolitana, Guadalajara, Monterrey, Querétaro, Puebla, Morelos, Veracruz, Guanajuato, León y Mérida), en un accidente de tránsito el ajustador deberá llegar en menos de sesenta minutos, de lo contrario la Aseguradora pagará \$100.00 (Cien pesos 00/100 m.n.), por cada minuto de retraso hasta cubrir el total del deducible.

SUSCRIPCIÓN Y EMISIÓN:

- 1) **REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA:** Las sumas aseguradas de las coberturas de daños materiales, responsabilidad civil por daños a terceros, gastos médicos de ocupantes y equipo especial que se hubiesen contratado en la póliza-contrato y/o endoso que corresponda, se reinstalarán automáticamente cuando hayan sido reducidos por el pago de cualquier indemnización parcial efectuada durante la vigencia de la póliza y/o certificado.
- 2) **ALTAS Y BAJAS:** Se concede la facilidad de reportar los movimientos de altas, bajas o modificaciones, que se produzcan durante la vigencia de las pólizas, mediante reportes transmitidos vía fax, correo electrónico (digitalizado) y correspondencia (propio) al área de ventas, confirmando con posterioridad y comprobante de acuse de correo, fax o acuse de recibo (correspondencia).
- 3) **ERRORES U OMISIONES:** Cualquier inexacta, errónea o accidental omisión de declaración involuntaria sobre la descripción de los vehículos amparados, no hará cesar la responsabilidad de la aseguradora, siempre y cuando, al momento de tener conocimiento de los datos erróneos u

omitidos, el asegurado los reporte a la Compañía, sin embargo si la responsabilidad es de la aseguradora tanto en la cotización inicial como adicional por endosos, no habrá ajuste de prima.

- 4) **COBERTURA AUTOMÁTICA:** Aplicará un término de treinta días naturales desde la fecha de adquisición de una unidad para solicitar el alta a la aseguradora por cualquier medio de comunicación.

PLAZO DE PAGO: En toda indemnización que corresponda al pago de la pérdida total de un vehículo, ya sea por daños materiales o robo, el pago se tramitará en un plazo máximo de cinco días hábiles, a partir de la entrega del conjunto de documentos que amparan la propiedad de la unidad y en caso de robo, deberá incluirse la copia certificada de la averiguación previa iniciada y la acreditación de propiedad respectiva.

PRELACIÓN: Las condiciones especiales antes descritas, tendrán prelación cuando se contrapongan con las condiciones generales de este ramo.

NO ADHESIÓN: Por tratarse de un contrato de seguro cuyas condiciones han sido libremente acordadas y fijadas por las partes, sin sujeción a un modelo previamente establecido, se declara expresamente que no se trata de un contrato de adhesión a los que se refiere el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, por lo tanto no requiere ser registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

PAGO EN ESPECIE: Queda entendido y convenido que para la reposición en pérdidas totales podrá ser en especie si así se conviene por ambas partes y que la antigüedad de la unidad no rebase los 12 meses.

AJUSTE DE PÉRDIDAS PARA UNIDADES DONADAS: La falta de factura original para el caso de unidades que hayan sido donadas, será suplida con la documentación comprobatoria de la transmisión de dominio debidamente formalizada por los funcionarios legalmente facultados para ello.

VEHÍCULOS BLINDADOS: La reparación de unidades dañadas se llevará a cabo en los talleres que elija el "PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN" de la unidad afectada. No se podrá garantizar los tiempos de las reparaciones que se efectúen en los talleres que no están en convenio con la Aseguradora.

SIN PERJUICIO DE LAS CONDICIONES ESPECIALES INDICADAS, SERÁN TOMADOS EN CUENTA LOS SIGUIENTES BENEFICIOS ADICIONALES QUE SE OFREZCAN PARA EL AMPARO DE LA FLOTILLA VEHICULAR:

TALLERES DE REPARACIÓN Para vehículos con antigüedad hasta cinco años la reparación se efectuará en agencias autorizadas y para modelos anteriores será en los talleres que cuenten con convenio con la compañía Aseguradora.

PARA ENVÍO Y PAGO DE REMOLQUE: En caso de avería y/o accidente automovilístico que no permita la circulación autónoma del automóvil, la Compañía Aseguradora organizará y tomará a su cargo los servicios de remolque las veces que sean necesarias sin límite de eventos y kilómetros,

incluso de una ciudad a otra, pago de casetas, incluyendo ponchaduras de neumáticos de vehículos blindados.

Los servicios de remolque, incluirán la utilización de plataformas sólo cuando el automóvil no pueda ser remolcado por grúa convencional.

El servicio de remolques para camiones de carga operará una vez que se haya descargado totalmente la unidad.

Las unidades de carga destinadas para este fin transportan mobiliario y equipo de oficina, equipo electrónico y consumible.

PENSIÓN, ARRASTRE DE GRÚA, MANIOBRAS E INFRACCIONES DERIVADAS DE UN ACCIDENTE O ROBO DE VEHÍCULO 75 DSMGV.

SUBPARTIDA 4.2

**SEGURO VOLUNTARIO DE VEHÍCULOS
PROPIEDAD DE LOS SERVIDORES
PÚBLICOS, PENSIONADOS Y JUBILADOS**

SUBPARTIDA 4.2

AUTOMÓVILES PARTICULARES PROPIEDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, PENSIONADOS, JUBILADOS DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

CLÁUSULA I. OBJETO

El seguro voluntario de automóviles propiedad de los servidores públicos, pensionados, jubilados 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), para la vigencia de las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2015 y hasta a las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2017, lo cual estará comprendida en los siguientes periodos:

Para efectos administrativos, se emitirán pólizas de seguro con vigencia anual.

CLÁUSULA II. GENERALIDADES

El Poder Judicial de la Federación, y la compañía de seguros convendrán las coberturas y las sumas aseguradas básicas que aparecen especificadas en la carátula de cada póliza individual que se contrate, con conocimiento de que cada servidor público podrá elegir el paquete de cobertura a añadir, si así se desea, una o varias de las coberturas accesorias. Los paquetes de cobertura a elegir son amplia, limitada, o RC.

Las tarifas de primas vehiculares que se presentan por la Compañía Aseguradora al Poder Judicial de la Federación (Suprema Corte de Justicia de la Nación, Consejo de la Judicatura Federal y Tribunal Electoral del Poder Judicial) para los automotores de 1995 a 2015 serán firmes durante el periodo de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2015 y hasta las 12:00 horas al 31 de diciembre de 2017 (en caso de contratación multianual, se deberá de considerar la depreciación y actualización del costo de la prima para los siguientes ejercicios) y sólo podrán incorporar los costos de prima de nuevas marcas, carrocerías y modelos en el mercado mexicano. Las pólizas de seguro individualizadas se emitirán por vigencias anuales.

Para todos aquellos vehículos automotores modelos 1997 y anteriores, se podrá solicitar la emisión de póliza únicamente para coberturas limitada y de responsabilidad civil, a partir del periodo de las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2015 hasta a las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2017 los vehículos automotores modelos 1998 y anteriores, se podrá solicitar la emisión de póliza únicamente para coberturas limitada y de responsabilidad civil y a partir del periodo de las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2015 hasta a las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2017.

Para aquellos vehículos importados legalmente al país que en el pedimento de importación tengan el sello que señale "Desaduanamiento Libre" solo se podrá otorgar la cobertura limitada o de responsabilidad civil. La suma asegurada que ampare el vehículo será a valor convenido y el mismo corresponderá al valor declarado en el pedimento de importación.

Para los efectos del presente contrato el concepto de vehículo comprende a la unidad automotriz con las partes que como equipo de serie produce originalmente el fabricante, para cada tipo específico y modelo que se presenta al mercado. Toda unidad será debidamente identificada en la carátula de póliza individual con los datos de marca, carrocería, modelo, número de serie y número de motor.

SEGUROS DE VEHÍCULOS

Este seguro comprenderá únicamente autos o pick-up (hasta 3.5 tons) de uso y servicio particular, por lo que quedan excluidos del aseguramiento los vehículos de tipo comercial y de uso mercantil.

Asimismo, quedan amparados los vehículos fronterizos e importados legalmente. La suma asegurada, corresponderá al valor de mayoreo (wholesale), del Kelley Blue Book, Auto Market Report publicado por Kelley Blue Book Co., de California, USA. Para el resto de los estados fronterizos, se aplicará el valor de mayoreo de la guía NADA (Official Older Used Car Guide), correspondiente a la región, y vigente a la fecha del siniestro.

Para cualquier auto parte, accesorio, rótulo, conversión o adaptación opcional instalada adicionalmente y a petición expresa del propietario, se requerirá de una cobertura específica, para lo cual el asegurado deberá presentar la factura original o avalúo reciente que indique la adición o modificación de las autopartes en el vehículo.

Queda establecido que cada servidor público solo podrá asegurar un máximo de 7 unidades.

Los riesgos que se amparan bajo esta póliza, se definen en la especificación de coberturas, quedando sujetas a los límites máximos de responsabilidad que en ellas se menciona.

Ciertas coberturas se contratan con la aplicación invariable en cada siniestro de una cantidad a cargo del asegurado, denominado deducible.

CLAUSULA III. ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS

DEDUCIBLES DEL SEGURO VOLUNTARIO DE AUTOMOVILES DEL PJJ	
Cobertura	Deducible
Daños Materiales	DEDUCIBLE DEL 5% AUTOS GRABADOS* 4%
Daños Materiales por pérdida total	EXENCIÓN DE DEDUCIBLE AMPARADA
Robo Total	DEDUCIBLE DEL 6% AUTOS GRABADOS* 0%
Rotura de Cristales	AMPARADO CON 10% DE DEDUCIBLE SOBRE EL VALOR DEL CRISTAL (INCLUYE MANO DE OBRA)

* GRABADO DE IDENTIFICAR U OTRO PROVEEDOR QUE OFREZCA EL SERVICIO

1. Daños Materiales

Quedan amparados los daños o pérdidas materiales que sufra el vehículo a consecuencia de los siguientes riesgos:

- a) Colisiones y vuelcos.
- b) Incendio, rayo y explosión.
- c) Ciclón, huracán, granizo, terremoto, erupción volcánica, alud, derrumbe de tierra o piedras, caída o derrumbe de construcciones, edificaciones, estructuras u otros objetos, caída de árboles o

sus ramas,, inundación, tornado, vendaval y hundimiento de tierra. d) Desbielamiento por inundación. Esta cobertura solo aplicara si no existe agravación del riesgo.

e) Daños en actos de personas que tomen parte en paros, huelgas, disturbios de carácter obrero, mítines, alborotos populares o motines, ocasionados durante su realización o por las medidas de represión tomadas por las autoridades, legalmente reconocidas con motivo de sus funciones, que intervengan en dichos actos o vandalismo.

f) Transportación, baradura, hundimiento, incendio, explosión, colisión o vuelco, descarrilamiento o caída del medio de transporte en que el vehículo sea conducido; caída del vehículo durante las maniobras de carga, transbordo o descarga, así como la contribución por avería gruesa, o por cargos de salvamento.

g) Queda entendido que los daños o pérdidas materiales que sufra el vehículo, a consecuencia de los riesgos arriba mencionados, quedarán amparados aún en el caso que se produzcan cuando dicho vehículo haya sido objeto de hechos que constituyan el delito de abuso de confianza.

Excepto cuando dicho delito sea cometido por familiares del asegurado, sea cometido por las personas que aparecen como titulares en la carátula de la póliza.

h) Queda entendido que los daños o pérdidas materiales que sufra el vehículo, a consecuencia de atentados a la vida o integridad de sus ocupantes, quedaran amparados por la presente póliza.

El monto del deducible por la cobertura de daños materiales es el porcentaje estipulado en la carátula de la póliza y/o de sus endosos de acuerdo a lo señalado en la cláusula VI. Límite de responsabilidad, 1 Sumas Aseguradas, tanto para automóviles como para pick-ups.

Cuando derivado de un siniestro que afecte la cobertura de Daños Materiales y amerite indemnización, el deducible establecido en la carátula de la póliza y/o endosos para esta cobertura se triplicará si se demuestra que el conductor del vehículo asegurado se encontraba en estado de ebriedad al momento del siniestro. El estado de ebriedad se considera de conformidad a los límites establecidos por el reglamento de tránsito del D.F que estipula que no se debe de conducir con una cantidad mayor de alcohol en la sangre superior a 0.8 gramos por litro y por el reglamento de tránsito de las entidades federativas.

Se tendrá por determinado el estado de ebriedad del conductor del vehículo asegurado de la siguiente forma:

Mediante el dictamen de médico legista en caso de haberse iniciado una averiguación previa.

Si no se dio intervención a autoridad competente, el estado de ebriedad se acreditará mediante examen clínico particular, mismo que el conductor del vehículo asegurado se obliga a realizarse al momento del siniestro a solicitud del ajustador quien se encargará de su traslado al laboratorio o centro médico confiable más cercano, corriendo el gasto de dicho examen a cargo de la Aseguradora.

En caso de que el conductor del vehículo asegurado se niegue a practicarse el examen clínico particular que refiere el apartado anterior, el asegurado se obliga a cubrir el triple del deducible pactado en la carátula de la póliza y/o endosos para esta cobertura, sin necesidad de que se acredite el estado de ebriedad del conductor del vehículo asegurado.

Aquel conductor que tenga más de un siniestro en donde se declare que el siniestro se produce por conducir en estado de ebriedad, se le cancelará su póliza, previo aviso al área correspondiente.

En estos casos se deberá considerar el mismo deducible que se aplica para casos de estado de embriaguez.

En las principales ciudades del país: Monterrey, Guadalajara, Querétaro, Distrito Federal y Zona Metropolitana, Puebla, Chihuahua, Tuxtla, Mérida, Cuernavaca, Oaxaca, Toluca, Durango, León, Xalapa, Tijuana, Guanajuato, San Luis Potosí, Villahermosa, Veracruz, Morelia, Mazatlán, Ciudad Victoria y Torreón en un accidente de tránsito el ajustador deberá llegar en un máximo de 45 minutos o menos a partir de que se haya reportado el siniestro a cabina, de lo contrario la Compañía Aseguradora restará \$100.00 MN por cada minuto de retraso hasta cubrir el importe total del deducible, en caso de que el asegurado deba pagar el deducible.

Para las unidades grabadas y que cuenten con la copia del certificado de grabación, se estipula la reducción al 4% en el deducible contratado para la cobertura de daños materiales. Las unidades que no se encuentren grabadas tendrán la opción de realizarlo con el proveedor que elija con cargo al propio servidor público.

En caso de pérdida total por daños, será necesario acreditar la propiedad.

1.1 Exención de deducible de Daños Materiales por Pérdida Total.

En caso de haber sido contratada la cobertura de Daños Materiales, y ocurra un siniestro que afecte alguno de los riesgos amparados por esta cobertura, y el vehículo sea declarado por la Compañía como Pérdida Total, la Compañía exentará al Asegurado del pago del deducible contratado, devolviendo a prorrata las primas no devengadas de las coberturas no afectadas, siempre y cuando haya un tercero responsable en cruce que se haga cargo del pago del daño del vehículo asegurado, o bien, no se cobrará deducible y/o se reembolsará cuando éste haya sido pagado por el asegurado cuando exista dictamen de causalidad, emitido por la Procuraduría de Justicia del Fuero Común o Federal, según corresponda, en el que se determine la responsabilidad de un tercero causante del daño y, en consecuencia, se exima de culpa al asegurado titular y/o conductor del vehículo.

En caso de que el conductor del vehículo al momento del siniestro se encuentre en estado de ebriedad de conformidad con lo estipulado en la Cláusula III punto 1 Daños materiales, solo se exentará uno de los 3 deducibles que debe pagar.

1.2 Daños al interior del vehículo por intento de robo.

Quedan amparados los daños a consecuencia de robo parcial con violencia, consumado o no, de partes, accesorios o equipo especial instalado en el interior del vehículo con deducible del 10% del valor de la reparación. La Compañía Aseguradora indemnizará por este riesgo, exclusivamente cuando el asegurado presente acta levantada ante las autoridades competentes y las partes, accesorios o equipo especial se encuentren asegurados conforme a las condiciones de la presente póliza.

2. Robo total

Ampara el robo total del vehículo y las pérdidas o daños materiales que sufra a consecuencia de su robo total.

En adición, cuando no se contrate la cobertura de daños materiales quedarán amparados los daños ocasionados por los riesgos que se mencionan en los incisos b, c, d, e, f y g referidos en el punto 1 de esta cláusula.

La protección de esta cobertura operará aun cuando los hechos que den lugar al siniestro constituyan el delito de abuso de confianza.

Excepto cuando dicho delito sea cometido por familiares del asegurado, sea cometido por las personas que aparecen como titulares en la carátula de la póliza, o que la compra del vehículo tenga su origen o sea consecuencia del delito de fraude.

2.1 El monto del deducible por la cobertura de robo total es el porcentaje estipulado en la carátula de la póliza y/o de sus endosos de acuerdo a lo señalado en la cláusula IV, Límite de Responsabilidad, 1 Sumas Aseguradas. En esta cobertura en caso que haya recuperación del vehículo después de perpetrado el robo, solamente se aplicará el deducible cuando la Compañía Aseguradora realice algún pago por pérdidas o daños sufridos al vehículo asegurado. De la pérdida total solo en los casos en que el vehículo se decreta pérdida total. En los casos en que se recupere y solamente presente daños materiales se aplicará el deducible de Daños Materiales.

Para las unidades grabadas y que cuenten con la copia del certificado de grabación, se estipula la reducción del deducible del 100%, en el deducible contratado para la cobertura de robo total, cuando el vehículo sea indemnizado como pérdida total a consecuencia del robo total de la unidad. Las unidades que no se encuentren grabadas tendrán la opción de realizarlo con el proveedor que elija con cargo al propio servidor público.

Si el vehículo es recuperado y cuenta con el sistema de grabado y se determina pérdida total o en su caso es susceptible de reparación a consecuencia de los daños materiales que este presentara, también se reducirá el deducible al 100%.

En caso de pérdida total por daños, será necesario acreditar la propiedad.

Exclusiones de la cobertura de robo total:

1.- El robo parcial cuando no sea a consecuencia del robo total, entendiéndose por tal, el robo de partes o accesorios del vehículo asegurado.

2.- Que el robo sea cometido por alguna de las personas que aparecen como Asegurados en la carátula de su póliza.

3.- Cuando el robo sea cometido por:

3.1.- Personas que sean familiares del asegurado o dependan económicamente del mismo.

3.2.- Cuando el robo tenga su origen o sea consecuencia del delito de Fraude.

3. Responsabilidad civil por daños a terceros

Esta cobertura ampara la responsabilidad civil en que incurra el asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo y que a consecuencia de dicho uso cause daños materiales en sus bienes y/o cause lesiones corporales o la muerte a terceros, incluyendo la indemnización por daño moral que en su caso legalmente corresponda.

La suma asegurada máxima con que participa la Compañía Aseguradora en esta cobertura, tanto para coches como para pick up de uso particular es de \$4,000,000.00 M.N. para la Responsabilidad Civil de Personas, una cantidad igual para la Responsabilidad Civil de bienes.

En adición y hasta por una cantidad igual al límite máximo de responsabilidad de esta cobertura se extiende a cubrir los gastos y costos a que fuere condenado el asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo, en caso de juicio civil seguido en su contra con motivo de su responsabilidad civil.

En caso de ser reclamado el daño moral consecuencial y de ser el mismo procedente, será de conformidad a lo establecido por el código civil.

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

3.1 Extensión de Cobertura

La Compañía se compromete a extender la cobertura de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros, Gastos Legales, Gastos Médicos y Asistencia Vial, al primer Titular de la póliza contratada.

Responsabilidad Civil y Gastos Legales

La compañía se compromete a extender la cobertura de Responsabilidad Civil por daños a terceros y Gastos Legales, al conductor habitual; descrito en la carátula de la póliza contratada, cuando él mismo conduzca un vehículo distinto al asegurado, siempre que tenga las mismas características de uso del vehículo asegurado, mismas que se estipulan en la carátula de la póliza y que a consecuencia de su utilización cause lesiones corporales o la muerte a terceros y/o daños materiales a terceros en sus bienes o personas.

Para el caso de que las características del vehículo asegurado correspondan a las de un Automóvil, las coberturas se extienden a cubrir a otro Automóvil y a una Pick-up de uso personal y en ningún caso, dentro de este rubro, la cobertura se extenderá a una Pick up de uso carga o Camión de hasta 3 ½ ton.

En caso de que el vehículo asegurado sea una Pick-up uso personal, las coberturas se extienden a cubrir a una Pick-up de uso personal y un automóvil y en ningún caso, dentro de este rubro, la cobertura se extenderá a una Pick up de uso carga o Camión de hasta 3 ½ ton.

Suma Asegurada

El límite máximo de responsabilidad de la compañía en esta cobertura, se establece en la carátula de la póliza bajo el rubro de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros y opera como suma asegurada única, para los distintos riesgos amparados por dicho rubro.

Exclusiones particulares de la Extensión de Responsabilidad Civil y Gastos Legales.

Esta extensión de cobertura en ningún caso ampara:

1. Los daños materiales causados al vehículo que conduzca el primer titular de la póliza persona física, aun cuando el vehículo no sea de su propiedad.

2. Las lesiones, gastos médicos, muerte, gastos de funeral o cualesquiera otros gastos erogados por la atención de los ocupantes del vehículo conducido por el primer titular de la póliza persona física.

Gastos Médicos al Titular

La Compañía se compromete a extender la cobertura de Gastos Médicos Ocupantes al conductor habitual, descrito en la carátula de la póliza contratada, cuando esté se traslade en un vehículo distinto al asegurado, siempre que sea del mismo uso del vehículo asegurado que se estipula en la carátula de la póliza y que a consecuencia de un accidente de tránsito, sufra lesiones corporales siempre y cuando se encuentren dentro del compartimiento, caseta o cabina destinados al transporte de personas.

Adicionalmente, queda cubierto el pago de los Gastos Médicos por un máximo de 1,000 Días de Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal, exclusivamente para el conductor habitual descrito en la póliza, por las lesiones corporales que sufra a consecuencia de ser atropellado por un vehículo motorizado, en la vía pública.

Suma Asegurada

El límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora en esta cobertura, se establece en la carátula de la póliza bajo el rubro de Gastos Médicos Ocupantes opera como suma asegurada única, para los distintos riesgos amparados por dicho rubro.

Exclusiones particulares de la Extensión de Gastos Médicos

Esta Extensión de cobertura no opera cuando:

- 1.- Cuando el Asegurado se encuentre conduciendo un automóvil de renta diaria, cuando conduzca un camión mayor a 3.5 toneladas, un autobús o algún otro vehículo de transporte público de pasajeros o carga diferente a un automóvil de uso particular o privado.
- 2.- En caso de que el atropello se efectúe por personas que dependan civilmente del Asegurado y dentro de los predios de este último.
- 3.- Nunca será substitutiva ni concurrente a cualquier otro seguro contra los mismos riesgos, ya que operará en exceso de lo amparado por éste o por su inexistencia.

Esta cobertura queda sujeta a los términos establecidos en el Clausulado General de la póliza, con la excepción de las exclusiones señaladas en el mismo.

Extensión de Asistencia Vial al Titular

La Aseguradora se compromete a extender la cobertura Asistencia Vial en Km. "0" y en Asistencia en Viaje, solo al Titular de la póliza del Seguro de Automóvil, cuando este conduzca cualquier vehículo, distinto al asegurado, siempre que tenga las mismas características, uso y servicio; los cuales se estipulan en la carátula de la póliza.

Los anteriores beneficios se sujetarán a las condiciones, términos y exclusiones particulares de la Asistencia Vial.

3.2 Responsabilidad Civil Cruzada

La Compañía ampara mediante esta cobertura la Responsabilidad Civil en que incurra el Asegurado en sus personas y/o en sus bienes, por daños materiales incluyendo sus propios vehículos o bienes que sean de su propiedad.

El deducible quedará a cargo del responsable del siniestro.

La suma asegurada máxima con que participa la Compañía Aseguradora en esta cobertura es de \$1,500,000.00 M.N.

3.3 Responsabilidad Civil por Daños a Ocupantes

Esta cobertura ampara los Gastos Legales y la Responsabilidad Civil en que incurra el Asegurado o cualquier persona que con su consentimiento expreso o tácito use el vehículo y que a consecuencia de dicho uso cause lesiones corporales o la muerte a terceros ocupantes del vehículo asegurado.

Suma Asegurada

El límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora para la cobertura de responsabilidad civil por daños a ocupantes es de \$250,000.00 M.N. y opera como suma asegurada única, indemnizando en forma proporcional con base en los ocupantes demandantes.

Deducible

Esta cobertura opera sin la aplicación de un deducible.

Exclusiones Particulares

La responsabilidad civil por daños a terceros cuando se trate de:

- a) Ocupantes del vehículo asegurado, a menos que se haya contratado la cobertura específica.
- b) El cónyuge o personas que tengan parentesco en línea recta ascendente o descendente o línea transversal hasta el primer grado con el Asegurado o conductor del vehículo Asegurado.

4. Gastos Médicos a Ocupantes

Gastos médicos por concepto de hospitalización, medicinas, atención médica, enfermeros, servicios de ambulancia y gastos funerarios originados por lesiones corporales que sufra el asegurado o cualquier persona ocupante del vehículo asegurado, en accidentes de tránsito ocurridos mientras se encuentren dentro del compartimiento, caseta o cabina destinados al transporte de personas, aun cuando rebasen el número de ocupantes autorizados.

La suma asegurada en esta cobertura es de \$250,000.00 MN (L.U.C) para automóviles y \$150,000.00 MN para Pick-ups de uso y servicio particular.

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

Los conceptos de gastos médicos a ocupantes cubiertos por la póliza, amparan lo siguiente:

- a) Alimentos y cuarto en el hospital, fisioterapia, gastos inherentes a la hospitalización y en general, drogas y medicinas que sean prescritas por un médico legalmente autorizado.
- b) Los servicios médicos, cirujanos, osteópatas o fisioterapeutas y demás personal médico necesario legalmente autorizado para ejercer sus profesiones.
- c) Los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales y aparatos artificiales ortopédicos que se requieran como consecuencia de accidente, serán cubiertos por la

Compañía Aseguradora. Los aparatos antes indicados que formen parte integrante del cuerpo del asegurado u ocupante y sufran deterioro al momento del accidente, quedarán incluidos en los límites especificados.

- d) Los honorarios de enfermeras, que bajo prescripción del médico tratante, sea necesario para la convalecencia domiciliaria, con límite máximo de 90 turnos de 8 horas
- e) Los gastos erogados por servicio de ambulancia y paramédicos cuando sea indispensable.
- f) Los gastos funerarios por persona se consideran hasta por un máximo del 50% del límite de responsabilidad de la cobertura de gastos médicos a ocupantes y la Aseguradora deberá asignar a un agente autorizado para el pago y demás gestiones necesarias en la atención del servicio. En caso de que al momento de ocurrir el accidente el número de ocupantes exceda el máximo de personas autorizadas, conforme a la capacidad del vehículo, el límite de responsabilidad por persona se reducirá en forma proporcional. El límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora en la cobertura de gastos médicos a ocupantes opera como suma asegurada única para los diversos riesgos que se mencionan en los incisos a, b, c, d y e.

Los conceptos de gastos médicos a ocupantes cubiertos por la póliza serán pagados directamente por la Compañía cuando se utilicen los proveedores médicos, hospitales, clínicas, médicos y demás proveedores con los que la Aseguradora tenga convenio. Si el paciente opta por atenderse con otro Médico y en Hospital que no sea el asignado por la Aseguradora, queda entendido que se aplicará el procedimiento y políticas de Reembolso del Seguro de Gastos Médicos Mayores, apegándose a los tabuladores médicos y Hospitales establecidos por la Aseguradora.

En caso de Reembolso será necesario que el Asegurado presente a la Aseguradora, debidamente requisitado, el Formato de Reembolso de Gastos Médicos que la misma Aseguradora le proporcione, acreditando con los comprobantes fiscales y estudios médicos respectivos los gastos efectuados por los conceptos citados anteriormente, mismos que se entenderán como los únicos amparados por esta cobertura.

5. Muerte del Conductor por Accidente Automovilístico

Se entenderá por accidente Automovilístico del Conductor, todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produzca la muerte en la persona del Conductor del vehículo, mientras se encuentre conduciendo el vehículo asegurado.

Para los efectos de esta cobertura, quedara amparado el Conductor que con el consentimiento expreso o tácito del Asegurado use el vehículo amparado y hasta por el límite que en la carátula de la póliza se indica, siempre y cuando fallezca al momento del accidente o dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo, a consecuencia de las lesiones sufridas en el accidente.

Límite Máximo de Responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía en esta cobertura es de \$100,000.00 M.N. misma que se especifica en la carátula de la póliza.

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

Será necesario presentar las actuaciones del Ministerio Público.

En caso de ser reclamado el daño moral consecuencial y de ser el mismo procedente por sentencia declarada judicialmente, será de conformidad a lo establecido por el código civil.

Límite de Edad

Esta cobertura opera a partir de los 16 años de edad en adelante del Conductor y cuente con permiso o licencia vigente del tipo apropiado para conducir el vehículo asegurado, expedida por autoridad competente, de acuerdo a la vía de comunicación que se esté utilizando al momento de producirse el accidente automovilístico; a menos que la falta de dicha licencia o permiso, no implique culpa, impericia o negligencia graves del Conductor en la realización del siniestro.

Beneficiarios

El importe del Seguro por pérdida de la vida del Conductor en un accidente se cubrirá a los beneficiarios que legalmente determinen las autoridades competentes.

Exclusiones particulares

No se considerarán accidentes automovilísticos del Conductor las lesiones o la muerte provocadas intencionalmente por el conductor.

6. Equipo especial

Se considera equipo especial cualquier parte, accesorio opcional o rótulo, instalado al vehículo, en adición a las partes o accesorios con los que el fabricante adapta originalmente a cada modelo y tipo específico que presenta al mercado.

En cualquier caso el blindaje de automóviles se considera como equipo especial.

Los riesgos amparados por esta cobertura se dividen en las secciones:

- a) Los daños materiales que sufra el equipo especial instalado en el vehículo, a consecuencia de los riesgos descritos en la cobertura de daños materiales.
- b) El robo, daño o pérdida del equipo especial, a consecuencia del robo total del vehículo y de los daños o pérdidas materiales amparados en la cobertura de robo total.

Esta cobertura se contrata con la aplicación invariable en cada siniestro, del deducible estipulado en la carátula de la póliza y/o de sus endosos, sobre el monto de la suma asegurada de los bienes que resulten afectados en el siniestro. La copia de la factura original o avalúo del equipo deberá presentarse para el aseguramiento. La descripción de los bienes asegurados, se deberá asentar mediante anexo a la póliza y en ningún caso, las indemnizaciones excederán a la suma asegurada y/o valor real de los bienes a la fecha del siniestro.

Para las unidades grabadas y que cuenten con la copia del certificado de grabación, aplicará la reducción del 100% en el deducible contratado para la cobertura de robo total. Las unidades que no se encuentren grabadas tendrán la opción de realizarlo con el proveedor que elija con cargo al propio servidor público.

7. Adaptaciones y Conversiones

Tratándose de automóviles y pick ups, se considera adaptación o conversión toda modificación y/o adición en carrocería, estructura, recubrimientos, mecanismos y/o aparatos que requiera para el funcionamiento para el cual fue diseñado.

Los bienes amparados por esta cobertura se dividen en las siguientes secciones:

- a) Los daños materiales que sufran las adaptaciones y conversiones instaladas en el vehículo a consecuencia de los riesgos descritos en la cobertura de daños materiales.
- b) El robo, daños o pérdidas de las adaptaciones y conversiones, a consecuencia del robo total del vehículo y de los daños o pérdidas materiales amparados en la cobertura de robo total.

Esta cobertura se contrata con la aplicación invariable en cada siniestro de un deducible que aparece en la carátula de la póliza por daños materiales y robo total.

La copia de la factura original o avalúo, la descripción de los bienes asegurados y la suma asegurada por cada uno de ellos, se deberá asentar mediante anexo a esta póliza y en ningún caso, las indemnizaciones excederán a la suma asegurada y/o valor real de los bienes a la fecha del siniestro.

Para las unidades grabadas que cuenten con la copia del certificado de grabación, aplicará la reducción del 100% en el deducible contratado para la cobertura de robo total. Las unidades que no se encuentren grabadas tendrán la opción de realizarlo con el proveedor que elija con cargo al propio servidor público.

8. Gastos de Transporte por pérdida total del vehículo asegurado por Daños Materiales o Robo Total

Alcance

Cuando el Asegurado se vea imposibilitado de usar su vehículo a consecuencia de pérdida total por Daños Materiales o Robo Total, la Aseguradora pagará al Asegurado la cantidad de \$600.00 M.N. por día natural, con un máximo de 27 días naturales, teniendo como suma asegurada máxima la cantidad de \$16,200.00 M.N., misma que se establece en la carátula de la póliza.

Esta cobertura inicia 72 horas después de que el vehículo es ingresado al taller asignado por parte de la Aseguradora tratándose de la cobertura de Daños Materiales, o 72 horas después de la fecha en que el robo se haya reportado a la Aseguradora y a las autoridades judiciales competentes, el cálculo para determinar esta indemnización concluye en el momento en que se haga del conocimiento del Asegurado por escrito y mediante la carta de pérdida total ya sea por daños materiales o robo total.

En caso de no poder localizar al asegurado, se entregará el aviso al área que administra la póliza en la instancia del Poder Judicial de la Federación a la que pertenece el funcionario y la fecha marcada por el sello correspondiente determinará la conclusión del cálculo, (considerándose éste para pago) (del número de días) para el pago de esta cobertura.

Este pago se hará contra la entrega de la documentación que acredite la propiedad del vehículo.

Límite Máximo de Responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía en esta cobertura es de 27 días naturales equivalente a la cantidad de \$16,200.00 M.N., mismo que se especifica en la carátula de la póliza.

Esta cobertura opera sin aplicación de deducible.

Exclusiones

1. Esta cobertura no opera en caso de pérdida parcial.
2. Esta cobertura no opera en caso de daños materiales parciales.
3. En caso de que el vehículo robado sea recuperado, no se indemnizará al Asegurado monto *alguno* por esta cobertura.

9. Cobertura de 75 DSMGVDF

La Aseguradora se compromete a cubrir el pago por concepto de pensión, arrastre de Grúas, maniobras e infracciones derivadas de un accidente automovilístico y/o robo total de vehículo localizado hasta por la cantidad de 75 DSMGVDF.

10. Cristales

Cuando se haya contratado la cobertura de daños materiales, se cubrirá, el pago o reposición, incluyendo los costos de colocación de todos los cristales: parabrisas, aletas, medallón y/o quemacocos (techos corredizos, sun roof), así como las gomas y herrajes de soporte de estos, con los que el fabricante adapta originalmente al vehículo asegurado como consecuencia de rotura o desprendimiento de los mismos.

En reclamaciones por roturas o desprendimiento de cristales, únicamente quedará a cargo del asegurado, el monto que corresponda al porcentaje de deducible estipulado en la carátula de la póliza sobre el valor del o los cristales afectados.

Exclusiones particulares de la cobertura de cristales

Esta cobertura en ningún caso cubre:

- a) Espejos laterales, calaveras y faros.
- b) Cristales y quemacocos no instalados originalmente por el fabricante del vehículo, a menos que estén declarados en las coberturas de adaptaciones y/o conversiones y equipo especial.
- c) No ampara el robo de cristales.

CLÁUSULA IV. RIESGOS NO AMPARADOS POR EL CONTRATO

1. Los daños que sufra o cause el vehículo a consecuencia de:

- a) Destinarlo a un uso o servicio diferente al indicado en esta póliza que implique una agravación del riesgo.
- b) Utilizarlo para fines de enseñanza o de instrucciones de su manejo o funcionamiento.
- c) Participar directa o indirectamente con el vehículo, en carreras o pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.

2. La responsabilidad civil del asegurado por daños a terceros en sus bienes o personas, causados con la carga que transporta el vehículo, siendo esta carga de cualquier característica.
3. Los vehículos de procedencia extranjera que no se encuentren total y completamente legalizados conforme a las disposiciones de la Secretaría de hacienda y Crédito Público.
4. Las conversiones de combustión en los vehículos automotores a gas, que no estén debidamente autorizadas por SECOFI, IMP, SEDESOL, dependencias gubernamentales involucradas y fabricantes del vehículo.
5. El daño que sufra o cause el vehículo, cuando este sea conducido por persona que carezca de licencia para conducir el vehículo, expedida por autoridad competente. Los permisos vigentes para conducir, para los efectos de esta póliza se considerarán como licencias.
6. Las pérdidas o daños que sufra o cause el vehículo, como consecuencia de operaciones bélicas, ya fueren provenientes de guerra extranjera o guerra civil, insurrección, subversión, rebelión, expropiación, requisición, confiscación, embargo, incautación o detención por parte de las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones que intervengan en dichos actos. Tampoco ampara pérdidas o daños que sufra o cause el vehículo cuando sea usado para cualquier servicio militar, con o sin consentimiento del asegurado.
7. Cualquier perjuicio, gasto, pérdida o daño indirecto que sufra el asegurado, comprendiendo la privación del uso del vehículo.
8. La rotura, descompostura mecánica, defecto de fabricación o la falta de resistencia de cualquier pieza del vehículo como consecuencia de su uso, a menos que fueren causados por algunos de los riesgos amparados.
9. Las pérdidas o daños debidos a desgaste natural del vehículo o de sus partes, la depreciación que sufra su valor, así como los daños materiales que sufra el vehículo y que sean ocasionados por su propia carga, a menos que fueren causados por algunos de los riesgos amparados.
10. Las pérdidas o daños causados por la acción normal de la marea.
11. Los daños que sufra o cause el vehículo por sobrecargarlo o someterlo a tracción excesiva con relación a su resistencia o capacidad. En estos casos la Aseguradora tampoco será responsable por daños causados a viaductos, puentes, básculas o cualquier vía pública y objetos o instalaciones subterráneas, ya sea por vibración o por peso del vehículo o de su carga. Así como tampoco estarán amparadas las pérdidas y/o daños por cualquier modificación en la estructura original del vehículo en lo que a suspensión y tren motriz se refiere, con el propósito de aumentar la capacidad de carga. Esta exclusión opera sin importar quien haya realizado las modificaciones.

12. La responsabilidad civil del asegurado por daños materiales a:

- a) Bienes que se encuentran bajo su custodia o responsabilidad.
- b) Bienes que sean propiedad de personas que dependan civilmente del asegurado.
- c) Bienes que sean propiedad de empleados, agentes o representantes del asegurado, mientras se encuentren dentro de los predios de este último.
- d) Bienes que se encuentren en el vehículo asegurado.

13. La responsabilidad civil por daños a terceros en sus personas cuando dependan civilmente del asegurado o cuando estén a su servicio en el momento del siniestro o bien, cuando sean ocupantes del vehículo.

14. Las pérdidas o daños causados a las partes bajas del vehículo al transitar fuera de caminos o cuando éstos se encuentren en condiciones intransitables.

15. Las prestaciones que deba solventar el asegurado así como los procedimientos legales que se inicien por accidentes que sufran las personas ocupantes del vehículo de los que resulten obligaciones en materia de responsabilidad civil, penal, laboral o de cualquier otra índole

CLÁUSULA V. PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO

1. Prima

La prima vence en el momento de la celebración del contrato (Art. 34, 40 y 41 Ley Sobre Contrato de Seguro). Los efectos jurídicos del aseguramiento se producen a partir del momento en que se aceptan los derechos y obligaciones pactadas con relación al objeto, cosa, precio y demás términos del mismo, sin importar que la aseguradora haya hecho o no, entrega de la póliza correspondiente ni que éste haya cubierto a aquélla el importe de la prima.

La prima a pagar corresponderá a los días de seguro solicitados. Para el pago de primas se deben contemplar las opciones de pago:

- Pago de contado en una sola exhibición.
- Pago fraccionado aplicado por retención quincenal en nómina, a lo largo de la vigencia de la póliza, y será obligación de la Aseguradora remitir a cada instancia Administrativa del Poder Judicial de la Federación conforme a su calendario de nómina, el lay out correspondiente, señalando que en caso de que exista omisión por parte de la Aseguradora para el descuento por nómina a un servidor público, durante dos o más quincenas posteriores a la fecha de alta de un vehículo, la compañía de seguros no podrá aplicar un descuento retroactivo al servidor público por éste vehículo, mismo que tendrá que absorber la parte correspondiente a las quincenas en las que fue omitida y podrá reportar el descuento calculando la prima de seguro a partir de la fecha de la quincena en que se detecta la omisión señalando que la Aseguradora tendrá obligación de brindar todas las coberturas de la póliza en la modalidad contratada (amplia, limitada o responsabilidad civil).
- Pago de contado de saldo deudor en cualquier momento.

En cada siniestro que implique pérdida total, la Aseguradora deducirá de la indemnización debida al asegurado contratante, el total de la prima pendiente de pago del riesgo afectado o las fracciones de ésta no liquidadas del riesgo afectado, hasta completar la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

2. Cesación de los efectos del contrato por falta de pago

Si no hubiere sido pagada el total de la prima en la opción de pago anticipado o la retención en nómina no se hubiera efectuado dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

3. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en los puntos anteriores, el asegurado podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día de plazo de gracia, pagar la prima del seguro o solicitar por escrito la conservación de la vigencia original y el ajuste en la aplicación de cobranza por nómina. En este caso por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán.

4. Lugar de pago

Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de cada instancia administrativa del Poder judicial de la Federación o centro de trabajo del Servidor Público contra entrega del recibo correspondiente por parte de la Compañía Aseguradora.

COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la compañía le informé el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato, la institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

CLÁUSULA VI. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

1. Sumas aseguradas

En caso de pérdida total que afecte las coberturas de daños materiales o robo total, el valor a indemnizar por este concepto será para autos y pick ups nuevos (hasta 365 días transcurridos desde su compra, de acuerdo a factura o carta factura que se entrega a la Aseguradora para la emisión de los mismos) a valor factura.

Los autos y pick ups con más de 365 días de antigüedad al momento del siniestro y el resto de los vehículos se indemnizarán al valor comercial, entendiéndose como tal, el valor de venta más alto del vehículo, publicado en la Guía EBC (Libro Azul), al momento del siniestro más el 10%.

Para los vehículos fronterizos e importados legalmente, la suma asegurada, corresponderá en caso de pérdida total al valor de mayoreo (wholesale), del Kelley Blue Book, Auto Market Report publicado por Kelley Blue Book Co., de California, USA. Para el resto de los estados fronterizos, se aplicará el valor de mayoreo de la guía NADA (Official Older Used Car Guide), correspondiente a la región, vigente a la fecha del siniestro más 10%.

Tratándose de vehículos facturados por una compañía de seguros con motivo de una pérdida total previa (autos de salvamento de compañías aseguradoras), el límite máximo de responsabilidad en las coberturas de daños materiales y robo total, corresponderá al importe mayor del vehículo, publicado en la Guía EBC (Libro azul), al momento del siniestro más 10% aplicándose una depreciación adicional del 25% a este valor, para los vehículos nacionales. En el caso de vehículos legalmente importados y facturados por una compañía de seguros por motivo de una pérdida total previa (autos de salvamento de compañías aseguradoras en U.S.A.), el límite máximo de responsabilidad en las coberturas de daños materiales y robo total, será a valor convenido y el mismo corresponderá al valor establecido en el pedimento de importación.

Para las indemnizaciones de vehículos facturados por aseguradoras no aplicará eliminación de deducible aunque cuente con grabado.

Se hace extensivo dicho descuento a los vehículos fronterizos e importados legalmente por autoridad competente, cuya suma asegurada corresponderá al valor de mayoreo (wholesale), del Kelley Blue Book, Auto Market Report publicado por Kelley Blue Book Co., de California, USA. Para el resto de los estados fronterizos, se aplicará el valor de mayoreo de la guía NADA (Official Older Used Car Guide), correspondiente a la región, vigente a la fecha del siniestro más 10%. En razón de lo anterior, la prima cobrada durante la vigencia se ajustará de acuerdo al monto indemnizado.

Las sumas aseguradas de las coberturas 1. Daños materiales, 2. Robo total, 3. Responsabilidad civil por daños a terceros, 4. Gastos médicos a ocupantes y 7. Adaptaciones y conversiones que hubiera contratado, esta última el servidor público y los Servicios de Asistencia legal, se reinstalarán automáticamente (no aplica para equipo especial y/o adaptaciones) cuando hayan sido reducidas por el pago de cualquier indemnización parcial efectuada por la Aseguradora durante la vigencia de la póliza.

En el caso de la cobertura 6. Equipo especial, toda indemnización que la Aseguradora pague reducirá en igual cantidad su responsabilidad pudiendo ser reinstalada a solicitud del asegurado con la factura respectiva y previa aceptación de la Compañía Aseguradora, en cuyo caso, el asegurado deberá pagar la prima que corresponda.

Para el caso de las coberturas de daños materiales y robo total, el monto de la indemnización se obtendrá de conformidad con el procedimiento descrito en la cláusula VIII de la presente póliza.

2 Exención de deducible en caso de tercero responsable

En caso de siniestro en el que el monto de los daños sea superior al porcentaje del deducible contratado que se especifique en la carátula de la póliza, no se cobrará deducible y/o se reembolsará cuando éste haya sido pagado por el asegurado, siempre y cuando exista dictamen de causalidad emitido por la Procuraduría de Justicia del Fuero Común o Federal, según corresponda, en donde se determine la responsabilidad de un causante del daño (tercero), y en consecuencia se exima de culpa al asegurado titular de esta póliza.

CLÁUSULA VII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1. En caso de siniestro, el asegurado se obliga a:

- a) Ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir el daño (agravación de riesgo) si no hay peligro en la demora, pedirá instrucciones a la Aseguradora, debiendo atenerse a las que ella le indique. Los gastos hechos por el asegurado, que no sean manifiestamente improcedentes, se cubrirán por la Aseguradora, y si ésta da instrucciones, anticipará dichos gastos. Si el asegurado no cumple con las obligaciones que le impone el párrafo anterior, la Aseguradora tendrá derecho a limitar o reducir la indemnización, hasta el valor que hubiere ascendido si el asegurado hubiese cumplido con dichas obligaciones.
- b) Dar aviso a la Aseguradora tan pronto como tenga conocimiento del hecho, salvo casos de fuerza mayor. La falta oportuna de este aviso sólo podrá dar lugar a que la indemnización sea reducida a la cantidad que originalmente hubiere importado el siniestro si la Aseguradora hubiere tenido pronto aviso sobre el mismo.
- c) Proporcionar toda la información sobre el siniestro que le requiera la Aseguradora, incluyendo la identificación plena del conductor del vehículo asegurado.
- d) Presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes cuando se trate de robo u otro acto delictuoso que pueda ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con la Compañía Aseguradora para conseguir la recuperación del vehículo o del importe del daño sufrido.

2. En caso de reclamaciones que presente el asegurado, con motivo de siniestros que afecten las coberturas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 el asegurado se obliga a:

- a) Comunicar a la Compañía Aseguradora, tan pronto tenga conocimiento, de las reclamaciones o demandas recibidas por él o por sus representantes a cuyo efecto le remitirá los documentos o copia de los mismos, que con ese motivo se le hubieran entregado. La falta de cumplimiento a esta obligación por parte del asegurado, liberará a la Aseguradora de cubrir la indemnización que corresponda a la cobertura afectada por el siniestro. La Compañía Aseguradora no quedará obligada por reconocimiento de adeudos, transacciones o cualesquiera otros actos jurídicos de naturaleza semejante, hechos o concertados sin el consentimiento de ella. La confesión de la materialidad de un hecho no podrá ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad.
- b) El asegurado se obliga a costa de la Aseguradora, en todo procedimiento civil que pueda iniciarse en su contra, con motivo de la responsabilidad cubierta por el seguro: a proporcionar los datos y pruebas necesarios, que le hayan sido requeridos por la Aseguradora para su defensa a costa de ésta; ejercitar y hacer valer las acciones y excepciones defensas que le correspondan en derecho; a comparecer en todo procedimiento penal y civil; y a otorgar poderes a favor de los abogados y/o persona que la Aseguradora designe para que lo represente en los citados procedimientos penales y civiles, en caso de que no pueda intervenir en forma directa en todos los trámites de dichos procedimientos. Asistencia Legal que se otorgará en los mismos términos al asegurado aún cuando resulte tercero afectado.

3. Obligación de comunicar la existencia de otros seguros. El asegurado tendrá la obligación de poner inmediatamente en conocimiento de la Aseguradora, por escrito, la existencia de todo seguro que contrate o hubiere contratado con otra institución de seguros, sobre el mismo riesgo y por el mismo interés, indicando el nombre del asegurado y las coberturas; en caso de no dar aviso se sujetará a lo señalado en los Art. 100, 101 y demás relativos y aplicables a la Ley Sobre Contrato de Seguro.

CLÁUSULA VIII. BASES DE VALUACIÓN E INDEMNIZACIÓN DE DAÑOS

1. Si el asegurado ha cumplido con la obligación que le impone la cláusula séptima punto 1 inciso b y el vehículo se encuentra libre de cualquier detención, incautación, confiscación, u otra situación semejante producida por orden de las autoridades legalmente reconocidas con motivo de sus funciones que intervengan en dichos actos, la Aseguradora tendrá la obligación de iniciar sin demora la valuación de los daños.

2. El hecho de que la Aseguradora no realice la valuación de los daños sufridos por el vehículo, dentro de los 3 días naturales siguientes a partir del momento del aviso del siniestro e ingresando a la agencia automotriz o taller y siempre que se cumpla con el supuesto del párrafo anterior, el asegurado queda facultado para proceder a la reparación de los mismos y exigir su importe a la Aseguradora en los términos de esta póliza, salvo que por causas imputables al asegurado no se pueda llevar a cabo la valuación. La Aseguradora no reconocerá el daño sufrido o causado por el vehículo si se ha procedido a su reparación o desarmado antes de que se le avise o haya transcurrido el plazo para la evaluación del daño. De igual forma no reconocerá daños preexistentes o no avisados a la Aseguradora.

3. Terminada la valuación y reconocida su responsabilidad, sin perjuicio de lo señalado en el Art. 71 de la Ley Sobre Contrato de Seguro, la Aseguradora deberá indemnizar al asegurado con el importe de la valuación de los daños sufridos en la fecha del siniestro. La indemnización en pérdidas parciales comprenderá el valor de factura actual de refacciones y mano de obra más los impuestos que en su caso generen los mismos. En cuanto a pérdidas totales se remitirá a lo señalado en la cláusula VI, Límite de Responsabilidad, 1 Sumas Aseguradas.

4. Condiciones aplicables en Reparación.

a) Cuando la Aseguradora opte por reparar el vehículo asegurado, la determinación del centro de reparación y/o la de proveedores de refacciones y partes, estará sujeta a la disponibilidad en la plaza más cercana al lugar del accidente o domicilio del asegurado y que exista convenio de prestación de servicios con la Aseguradora, siempre y cuando cuenten con el servicio adecuado al arreglo del vehículo.

b) Para vehículos modelo 2012 en adelante, serán reparados en agencias que tengan convenio con la aseguradora. Los demás modelos serán reparados en talleres que tengan convenio con la Aseguradora. La reparación en agencia se efectuará en agencias autorizadas para vehículos, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, los cuales se recorrerán de acuerdo al inicio de cada periodo anual de cobertura.

El asegurado podrá solicitar que se efectúe el pago de daños por la reparación del automóvil asegurado, por lo que la Aseguradora se compromete a valorarlo y emitir un cheque por el monto de los daños que será entregado al asegurado, quien firmará el finiquito correspondiente.

- c) Verificar que el taller o agencia instale las partes originales que le hayan sido requeridas y su reparación sea de una forma apropiada, quedando como facultad de la Aseguradora la vigilancia de la calidad, origen y condiciones físicas de las mismas, en el entendido de que no deberá afectar la funcionalidad o estética del vehículo.
 - d) La disponibilidad de las partes está sujeta a las existencias por parte del fabricante, importador y/o distribuidor, por lo que no es materia de este contrato la exigibilidad a la Aseguradora de su localización en los casos de desabasto generalizado.
 - e) El tiempo que conlleve la reparación dependerá de la existencia de partes o refacciones, así como a las labores propias y necesarias de mano de obra y pintura, debiendo la Aseguradora informar al Asegurado a través del taller, agencia o de su representante el proceso y avances de la reparación, sin que este tiempo exceda de 2 meses.
 - f) La garantía de reparación estará sujeta a la que ofrece el fabricante, importador o distribuidor de las refacciones o partes, así como a las previstas por el taller o agencia en cuanto a su mano de obra.
 - g) No obstante lo estipulado en las opciones anteriores, en la eventualidad de un daño no detectado al momento de la valuación y que sea consecuencia del siniestro reclamado, el Asegurado dará aviso a la Aseguradora y presentará el vehículo para evaluación y, en su caso, su reparación correspondiente.
 - h) Asimismo la Aseguradora indemnizará la cantidad de \$200.00 M.N. por cada día natural de retraso a partir de la fecha de compromiso de entrega del vehículo siniestrado, cuando sea imputable al taller o a la Aseguradora.
5. Cuando el costo de la reparación del daño sufrido por el vehículo excediere el 50% del valor comercial del mismo, de conformidad con la cláusula VI Límite de responsabilidad numeral 1 del presente contrato se considerará como pérdida total.
6. En caso de pérdida total que afecte las coberturas de Daños Materiales o Robo Total, la indemnización será de acuerdo al procedimiento que para ello tenga establecido la Aseguradora, mismo que dará a conocer por escrito al asegurado una vez efectuada la evaluación del siniestro.

El pago de la indemnización se efectuará a más tardar en 5 días hábiles posteriores, a partir de la entrega de la documentación completa. Dicho término se interrumpirá en caso de que la Aseguradora de aviso al asegurado o dueño del vehículo de alguna anomalía que tuviese la documentación presentada.

Asimismo, en la cobertura de robo total y en caso de que exista recuperación del vehículo, se interrumpirá el plazo indicado en el párrafo anterior si el propietario del vehículo no hubiese entregado la documentación correspondiente y completa a la Aseguradora.

En caso de que el propietario del vehículo no haya entregado la documentación completa a la aseguradora para la indemnización de la pérdida total a consecuencia de robo y se haya recuperado la unidad, éste tendrá que colaborar con la aseguradora para la liberación y traslado

del vehículo a un centro de valuación que designe la aseguradora aplicándose lo establecido en el punto 5 de la presente cláusula.

7. La intervención de la Aseguradora en la valuación o cualquier ayuda que ésta o sus representantes presten al asegurado o a terceros, no implica aceptación por parte de la Aseguradora, de responsabilidad alguna respecto del siniestro.
8. Para dar cumplimiento al Art. 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se entenderá que el asegurado ha cumplido con su obligación, entregando a la Aseguradora, la documentación que para cada caso se especifique en el instructivo que se le entregará junto con la póliza y que forma parte de la misma.
9. En caso de siniestro que amerite indemnización en los términos de las coberturas 1. Daños materiales y 2. Robo total de esta póliza, la Aseguradora se hará cargo de las maniobras y gastos correspondientes para poner el vehículo asegurado en condiciones de traslado, así como de los costos que implique el mismo. Si el asegurado opta por trasladarlo a un lugar distinto del elegido por la Aseguradora éste sólo responderá por este concepto, hasta por la cantidad equivalente a un mes de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal al momento del siniestro.
10. En caso de que la Compañía Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Art 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio durante el lapso de mora calculado, a una tasa igual al promedio del costo porcentual promedio de captación publicado mensualmente por el Banco de México; dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta días señalado en el citado precepto. En caso de juicio o arbitraje en los términos del Artículo 135 bis, fracción IV de la Ley General de instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en los mismos.

CLÁUSULA IX TERRITORIALIDAD

Las coberturas Daños Materiales, Robo Total, Gastos Médicos a Ocupantes, Equipo Especial y Adaptaciones y Conversiones amparadas por esta póliza se aplicarán en caso de accidentes ocurridos dentro de la República Mexicana, Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. La indemnización de cualquiera de las coberturas antes mencionadas se realizará en el lugar del siniestro.

Las coberturas de responsabilidad civil y defensa legal amparadas por esta póliza se aplicarán exclusivamente en la República Mexicana.

En caso de requerir la Cobertura de Responsabilidad Civil en Estados Unidos de Norteamérica y/o Canadá podrá solicitar a la Aseguradora la contratación de la póliza correspondiente, cubriendo el costo adicional que esta póliza genere mediante depósito bancario.

CLÁUSULA X. SALVAMENTOS

En caso de que la Compañía Aseguradora pague el valor comercial del vehículo en la fecha del siniestro, ésta tendrá derecho a disponer del salvamento en la proporción que le corresponda y de cualquier recuperación, con excepción del equipo especial que no estuviere asegurado.

En virtud de que la parte que soporte el asegurado es por concepto de deducible, el importe de la recuperación se aplicará, en primer término a cubrir la parte que erogó la Aseguradora y el remanente, si lo hubiere, corresponderá al asegurado. Para este efecto la Aseguradora se obliga a notificar por escrito al asegurado cualquier recuperación.

CLÁUSULA XI. PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas:

1. Si se demuestra que el asegurado, el beneficiario, el conductor o su representantes, con el fin de hacerla incurrir en el error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.
2. Si hubiere en el siniestro dolo o mala fe del asegurado, del beneficiario, del conductor o sus respectivos causahabientes.
3. Si se demuestra que el asegurado, el beneficiario, el conductor o sus representantes, con el fin de hacer incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que la Aseguradora solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

CLÁUSULA XII. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Las partes convienen expresamente en que este contrato podrá darse por terminado en forma anticipada y fehacientemente. La Compañía Aseguradora tendrá el derecho a la prima que corresponda de acuerdo con las tarifas para seguros a corto plazo registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas.

Cuando la Aseguradora dé por terminado el contrato, lo hará mediante notificación fehaciente al asegurado, surtiendo efecto la terminación del seguro después de treinta días. La Aseguradora deberá devolver la totalidad de la prima no devengada a más tardar al momento de dicha notificación sin cuyo requisito se tendrá por no hecha.

Cuando se contrate dos o más coberturas y antes del fin del periodo de vigencia pactado ocurriera la pérdida total del vehículo amparado, la Aseguradora se obliga a devolver a prorrata, la parte no devengada de la prima o primas correspondientes a las coberturas no afectadas por ese siniestro. Devolución que se hará al momento de finiquitar el siniestro.

En igual forma se procederá, cuando se contraten una o más coberturas y desaparezcan los riesgos amparados a consecuencia de eventos no asegurados.

CLÁUSULA XIII. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

CLÁUSULA XIV. COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones, en los términos de los artículos 60 a 72 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y si dicho Organismo no es designado árbitro, podrá concurrir a los tribunales competentes.

CLÁUSULA XV. SUBROGACIÓN

La Aseguradora se subrogará hasta por la cantidad pagada en los derechos del asegurado, así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro; si la Aseguradora lo solicita a costa de la misma, el asegurado hará constar la subrogación en escritura pública, denuncia penal o querrela si por hechos u omisiones del asegurado se impide totalmente la subrogación, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones, de acuerdo a lo que establece el Art. 111 de la Ley sobre el Contrato de Seguros, 2058 fracción II del Código Civil del Distrito Federal y sus correlativos con los códigos civiles de los Estados de la República Mexicana.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y la Aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

CLÁUSULA XVI. ACEPTACIÓN DEL CONTRATO

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado contratante, podrá pedir rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que se reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

CLÁUSULA XVII. ASISTENCIA

1. Disposiciones previas

1.1 Territorialidad

Asistencia desde el lugar de su residencia. Los servicios de asistencias desde el lugar de su residencia indicados en el punto 2 de estas condiciones particulares se proporcionan sólo en y a los residentes de los Estados Unidos Mexicanos, desde el lugar de residencia permanente del beneficiario "Km. 0".

2. Servicios de asistencia desde su lugar de residencia ("Km.0")

Asistencia médica

2.1 Traslado médico

Si el beneficiario sufre un accidente que le provoque lesiones o traumatismos que pongan en peligro la vida, tales que el equipo médico de la Compañía Aseguradora en contacto con el médico que le atiende, prevaleciendo siempre la opinión de éste, recomienden su hospitalización, la Compañía Aseguradora organizará y pagará el traslado del beneficiario al centro hospitalario más cercano; si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica (incluyendo sin limitación ambulancia terrestre, equipo médico necesario, medicamentos, materiales desechables y soluciones que se requieran), al centro hospitalario más apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el beneficiario presente.

En caso de accidente automovilístico, el beneficiario será el asegurado, conductor y/o los ocupantes.

2.2 Asistencia para la denuncia del robo total del automóvil

En caso de robo o pérdida del automóvil, la Aseguradora proporcionará información sobre los pasos a seguir, desde la búsqueda hasta la formulación de la denuncia ante las autoridades competentes, así como la designación de un abogado, a efecto de asistir y dar continuidad a la denuncia o querrela respectiva hasta su conclusión ante el Ministerio Público o autoridades competentes.

Los beneficiarios de esta cobertura son el titular de la póliza, a falta de éste el conductor y a falta de éste el representante.

2.3 Auxilio Vial

En caso de avería que no permita la circulación autónoma del automóvil, la Aseguradora enviará auxilio vial necesario hasta el lugar mismo de la avería y tomará a su cargo paso de corriente, servicio de cerrajero, cambio de llanta ponchada por llanta de refacción, provisión de gasolina (con importe de combustible a cuenta del asegurado).

En todos los casos el beneficiario o su representante deberán estar presentes al momento de la reparación.

Beneficiario: El conductor del automóvil y a falta de éste el representante.

2.4 Envío y pago de remolque

En caso de avería y/o accidente automovilístico que no permita la circulación autónoma del automóvil, la Compañía Aseguradora organizará y tomará a su cargo los servicios de remolque las veces que sean necesarias y al destino que elija el titular.

En todos los casos el titular o su representante deberán acompañar a la grúa durante su traslado.

Los servicios de remolque, incluyen la utilización de plataformas sólo cuando el automóvil no pueda ser remolcado por una grúa convencional, dichas plataformas por su escasez tomarán mayor tiempo de arribo. Los servicios de remolque también incluyen, si el traslado así lo requiere, el pago de casetas de peaje.

Beneficiarios: El conductor del automóvil y a falta de éste el representante.

2.5 Referencia de talleres mecánicos

A solicitud del beneficiario, la Compañía Aseguradora le proporcionará información actualizada sobre los talleres de servicio automotriz autorizados por estar, cercanos al lugar del accidente automovilístico o avería.

Asistencia Legal

2.6 Gastos de abogados y/o fianza en México

Se proporcionará asesoría jurídica para facilitar la libertad del conductor y la liberación del vehículo asegurado cuando legalmente proceda en caso de accidente, derivada de la responsabilidad penal en que pueda incurrir el conductor del vehículo al ocasionar daños a terceros en sus bienes o en su persona, así como a las vías generales de comunicación, encargándose de la defensa, vigilando el proceso hasta la conclusión del juicio, interponiendo todos los recursos que al efecto la ley le concede y otorgando las cauciones, que en su caso se requieran, para obtener la libertad del conductor.

En adición a la cobertura de Responsabilidad Civil, la Compañía Aseguradora se compromete a contratar con una compañía afianzadora legalmente establecida que al efecto elija, la fianza o fianzas que faciliten la libertad provisional que necesite el conductor del vehículo dentro de la vigencia del seguro, cuando derivado del tránsito de automóviles ocasione daños a terceros en su persona o bienes, así como a las vías generales de comunicación. El monto de la suma afianzada será hasta por una cantidad igual al límite máximo estipulado para esta cobertura en la carátula de la presente póliza.

Queda entendido que la fianza se cubrirá hasta en tanto el conductor del vehículo es considerado presunto responsable del delito o el juez que conozca del proceso determine las sanciones, perjuicios o cualquier otra obligación distinta a la responsabilidad material. La territorialidad de esta cobertura será dentro de los límites geográficos de la República Mexicana.

Asistencia Personal

2.7 Coordinación y asesoría para trámites funerarios

En caso de fallecimiento que alguno(s) de los ocupantes del vehículo asegurado a consecuencia de un accidente automovilístico, la Aseguradora reembolsara los gastos ocasionados por el fallecimiento del beneficiario siempre y cuando el asegurado contrate la cobertura de gastos médicos a ocupantes y esta quede estipulada en la carátula de la póliza.

Los servicios que otorgarán son los siguientes:

- a) Tramitación legal y administrativa ante el Ministerio Público local y/o federal y ante el servicio médico forense.

- b) La atención y solución de problemas legales y administrativos en relación al deceso para tramitación y obtención del certificado y acta de defunción.
- c) Coordinación y pago directo a la agencia funeraria a fin de cubrir la sala de velación, ataúd o urna en caso de cremación de acuerdo con las condiciones que le impongan a la Aseguradora los deudos y/o representante.
- d) El monto total de los costos que originen la organización, trámites, gestiones y pago de los servicios anteriormente descritos nunca podrá exceder del límite establecido en el inciso f de la cobertura 4 de la cláusula tercera de las condiciones generales.

Beneficiarios: El conductor del automóvil y los ocupantes, sólo en caso de accidente automovilístico en cualquier lugar de los Estados Unidos Mexicanos.

3. Servicios de asistencia en viajes

Asistencia médica

El conductor y los ocupantes, sólo en caso de accidente automovilístico cuando viajen por los Estados Unidos de Norteamérica o Canadá.

3.1. Traslado médico

Si los lesionados sufren lesiones o traumatismos tales que el equipo médico de la Aseguradora, en común acuerdo con el médico que los atienda, recomienden su hospitalización prevaleciendo siempre la opinión del último, la Aseguradora organizará y pagará:

- a) El traslado de los beneficiarios al centro hospitalario más cercano.
- b) Si fuera necesario, por razones médicas, el traslado bajo la supervisión médica por los medios más adecuados (incluyéndose, sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea comercial o ambulancia) al centro hospitalario más apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que cada uno presente.
- c) Si fuera necesario por razones médicas, si las condiciones médicas permiten su traslado, el equipo médico de la Aseguradora organizará éste, bajo supervisión médica y en avión de línea comercial, al hospital o centro médico más cercano a su residencia permanente. El equipo médico de la Aseguradora y el médico tratante tomarán las medidas necesarias para este traslado o repatriación.

3.2. Gasto de hotel por convalecencia

Si la convalecencia del conductor o de algún ocupante del vehículo requiere mas de 24hrs la aseguradora pagara la estancia en un hotel escogido por el beneficiario o conductor.

Este servicio estará limitado a un monto de \$1,000.00 M.N. por persona por noche de hospedaje, limitado a cinco días naturales.

3.3. Traslado a domicilio

Si el beneficiario después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del equipo médico de la Compartía Aseguradora, prevaleciendo siempre la opinión del médico tratante, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, la Aseguradora organizará su traslado por avión de línea comercial y se hará

cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios así como el boleto de regreso del beneficiario.

3.4. Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje

Si la convalecencia del conductor requiere más de 72hrs posteriores a la fecha del siniestro, la Compañía Aseguradora pondrá a disposición de un familiar directo del conductor un boleto de avión redondo (clase económica con origen dentro del territorio nacional) y pagará la estancia en un hotel escogido por el beneficiario o conductor. Este servicio estará limitado a un monto de \$1.000.00 M.N. por persona por noche de hospedaje, limitado a 5 días naturales.

3.5. En caso de fallecimiento

En caso de fallecimiento del beneficiario, la Aseguradora realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de la inhumación en la ciudad de residencia permanente del beneficiario; o,
- b) A petición de su familia o representantes del beneficiario, la inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. La Aseguradora se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo previsto en el apartado anterior.

Asistencia automovilística

Beneficiarios: Para cada una de las secciones enunciadas a continuación se considerará como beneficiario al conductor del automóvil, y a falta de éste, el representante.

3.6. Auxilio Vial

En caso de avería que no permita la circulación autónoma del automóvil, la Aseguradora proporcionará auxilio vial necesario hasta el lugar mismo de la avería y tomará a su cargo actividades tales como: paso de corriente, servicio de cerrajero, cambio de llanta ponchada por llanta de refacción, provisión de gasolina (con Importe de combustible a cuenta del asegurado).

En todos los casos el beneficiario o su representante deberán estar presentes al momento que se le otorgue el auxilio. La aseguradora no cubrirá daños del vehículo generados por fallas mecánicas del propio vehículo.

Beneficiarios: El conductor del automóvil y a falta de éste el representante.

3.7. Envío y pago de remolque

En caso de accidente automovilístico o avería cuando viaje a Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y los Estados Unidos Mexicanos y que no pueda ser reparado el automóvil en el lugar mismo que se produzca el evento, la aseguradora organizará y tomará a su cargo los servicios de remolque.

En todos los casos el beneficiario o su representante, deberá acompañar a la grúa durante el traslado.

Los servicios de remolque incluyen, además del pago de casetas de peaje, la utilización de plataformas, sólo cuando el automóvil no puede ser remolcado por una grúa convencional. Dichos transportes por su escasez tomarán un mayor tiempo de arribo.

3.8. Referencia de talleres mecánicos

A solicitud del beneficiario, la Aseguradora proporcionará información actualizada sobre los talleres de servicio automotriz autorizados por la misma.

3.9. Gastos de hotel por avería

Si la reparación del automóvil requiere más de 8 (ocho) horas, la Aseguradora pagará la estancia en un hotel escogido por el beneficiario o conductor. Este servicio estará limitado a un monto de \$1,000.00 M.N. por persona por noche de hospedaje limitado a 5 días naturales.

3.10. Auto rentado/servicio de taxi

Si la reparación del automóvil requiere de más de 36 (treinta y seis) horas, la Compañía Aseguradora pagará la renta de un automóvil similar a la unidad averiada. Este beneficio está limitado a cuatro días por viaje y limitando el costo del alquiler a \$1,500 M.N. pesos por evento.

3.11. Chofer para el regreso al domicilio

Si el conductor, a causa de accidente, según el criterio del médico tratante y del equipo médico de la Compañía Aseguradora, prevaleciendo la opinión del médico tratante, no puede regresar a su residencia permanente manejando el automóvil y si no existe ningún acompañante capacitado para conducirlo, la Aseguradora proporcionará y pagará un chofer para regresar el automóvil hasta su lugar de residencia permanente.

3.12. Asistencia para la denuncia del robo de automóvil

En caso de robo o pérdida del automóvil la Aseguradora proporcionará información sobre los pasos a seguir, desde la búsqueda hasta la formulación de la denuncia ante las autoridades competentes.

3.13. Gastos de hotel por robo de automóvil

Después de levantar el acta de robo ante las autoridades competentes, la Aseguradora pagará la estancia en un hotel escogido por el beneficiario. Este servicio está limitado a un máximo de 5 (cinco) días consecutivos. Este servicio estará limitado a un monto de \$1,000.00 M.N. por persona por noche de hospedaje.

3.14. Gastos de transporte por robo de automóvil

Después de levantar el acta de robo ante las autoridades competentes, la Aseguradora pagará la renta de un automóvil similar a la unidad robada. Dicho automóvil rentado podrá entregarse en este caso en la ciudad de residencia permanente del beneficiario o entregarlo en la ciudad donde se rentó.

3.15. Boleto Aéreo de recuperación del automóvil robado

Después de levantar el acta de robo ante las autoridades competentes, y si el automóvil robado aparece, la Aseguradora pondrá a disposición de una persona designada por el beneficiario un boleto de ida (clase económica con origen en la ciudad de residencia permanente del beneficiario) a fin de acudir a recoger el automóvil.

Asistencia legal

Beneficiarios: Para cada una de las secciones enunciadas a continuación se considerará como beneficiario al conductor del automóvil.

3.16. Gastos de abogado y/o fianza en México

Se proporcionará asesoría jurídica para facilitar la libertad del conductor y la liberación del vehículo asegurado cuando legalmente proceda en caso de accidente, derivada de la responsabilidad penal en que pueda incurrir el conductor del vehículo al ocasionar daños a terceros en sus bienes o en su persona, así como a las vías generales de comunicación, encargándose de la defensa, vigilando el proceso hasta la conclusión del juicio, interponiendo todos los recursos que al efecto la ley le concede y otorgando las cauciones, que en su caso se requieran, para obtener la libertad del conductor.

En adición a la cobertura de responsabilidad civil, la Aseguradora se compromete a contratar con la compañía afianzadora legalmente establecida que al efecto elija, la fianza o fianzas que faciliten la libertad provisional que necesite el conductor del vehículo dentro de la vigencia de esta póliza, cuando derivado del tránsito de automóviles ocasione daños a terceros en sus bienes o en su persona, así como a las vías generales de comunicación, quedando convenido, que el monto de la suma afianzada será hasta por una cantidad igual al límite máximo, estipulado para esta cobertura en la carátula de la presente póliza. Queda entendido que la fianza se cubrirá hasta en tanto el conductor del vehículo es considerado presunto responsable del delito o el juez que conozca del proceso, determine las sanciones, perjuicios o cualquier otra obligación distinta a la responsabilidad material. La territorialidad de esta cobertura será dentro de los límites geográficos de la República Mexicana.

3.17. Gastos de abogado y/o fianza en USA o Canadá

En caso de accidente automovilístico en los Estados Unidos de Norteamérica o Canadá, la Aseguradora proporcionará los siguientes beneficios legales al conductor del automóvil y pagará el abogado defensor y/o el costo de una fianza hasta por un máximo de \$5,000.00 USD en conjunto (abogado y fianza).

- a) A solicitud del conductor o de su representante, la Aseguradora proporcionará un abogado para atender la defensa del conductor ante cualquier proceso civil o penal en su contra.
- b) En el caso de arresto o detención del conductor, la Aseguradora pagará el costo de la fianza para garantizar su libertad provisional hasta por la cantidad fijada anteriormente. La Aseguradora no será aval del conductor bajo ninguna circunstancia.
- c) Estos beneficios no se aplican si el problema es debido a la actividad profesional del beneficiario o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos.

Asistencia personal

3.18. Transmisión de mensajes. La Aseguradora se encargará de transmitir, a petición del beneficiario, los mensajes urgentes que le solicite derivados de una situación de asistencia.

4. Obligaciones del beneficiario

4.1 Solicitud de asistencia

En caso de situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el beneficiario llamará a los teléfonos indicados por la Aseguradora, facilitando los siguientes datos:

- a) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde la Aseguradora podrá contactar con el beneficiario o su representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo.
- b) Su nombre y número de póliza de seguro de automóvil.
- c) Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise.

Los equipos médico y técnico de la Aseguradora tendrán libre acceso al automóvil, a los beneficiarios.

4.2 Imposibilidad de notificación a la empresa de asistencia

Los servicios a que se refieren estas condiciones particulares, configuran la única obligación a cargo de la Aseguradora, y sólo en caso fortuito o de fuerza mayor o imposibilidad del beneficiario para solicitarlos en los términos de estas condiciones particulares, dicho beneficiario podrá acudir directamente a terceros en solicitud de los servicios. En tal supuesto, la Aseguradora, de acuerdo con los numerales de esta cláusula 4.2 b) y 4.2 c), podrá reembolsar al beneficiario las sumas que hubiera erogado, pero exclusivamente cuando se trate de servicios médicos de hospitalización y/o utilización de grúas.

- a) En caso de peligro de muerte. En situación de peligro de muerte, el beneficiario o su representante, deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar, donde se haya producido el accidente con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible contactarán con la Aseguradora, para notificar la situación.
- b) Hospitalización sin previa notificación a la Aseguradora. En caso de accidente automovilístico que amerite la hospitalización del beneficiario sin previa notificación a la Aseguradora, el beneficiario o su representante, deberán contactar con la Aseguradora a más tardar dentro de los 3 (tres) días naturales siguientes al accidente automovilístico. En caso de que dicho aviso no pueda darse por caso fortuito o de fuerza mayor, el asegurado deberá comunicarlo tan pronto como desaparezca el impedimento.
- c) Remolque sin previa notificación a la Aseguradora. En caso de accidente automovilístico o avería que amerite la utilización urgente de una grúa sin previa notificación a la Aseguradora, el beneficiario o su representante, deberán contactar con la Aseguradora a más tardar dentro de las 24 horas siguientes del accidente automovilístico o avería.

En caso de que dicho aviso no pueda darse por caso fortuito o de fuerza mayor, el asegurado deberá comunicarlo tan pronto como desaparezca el impedimento.

4.3 Traslado médico

En los casos de traslado médico o repatriación y a fin de facilitar una mejor intervención de la Aseguradora, el beneficiario o su representante deberán indicar:

- a) El nombre, domicilio y número de teléfono del hospital o centro médico donde el beneficiario esté ingresando.
- b) El nombre, domicilio, y número de teléfono del médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atienda al beneficiario.

El equipo médico de la Aseguradora o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y el beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentra.

En cada caso, el médico de la Aseguradora en común acuerdo con el médico tratante, decidirán cuando es el momento más apropiado para el traslado y determinarán las fechas y los medios más adecuados para el traslado, prevaleciendo siempre la opinión del médico tratante.

4. 4 Remolque y reparaciones del automóvil

En todos los casos de remolque del automóvil es necesario que el beneficiario o su representante acompañe a la grúa durante el trayecto de traslado, así como que estén presentes al momento de efectuar cualquier tipo de reparación, especialmente si ésta se realiza en el lugar de la avería.

En caso de accidente automovilístico el beneficiario o su representante deberán tramitar con las autoridades competentes el permiso necesario de traslado del automóvil. Para este efecto se recibirá la orientación necesaria por parte de la Aseguradora.

4.5 Normas Generales

- a) Moderación. Se sujetará de acuerdo a lo estipulado en la cláusula séptima de obligaciones del asegurado que se especifica en las condiciones generales.
- b) Cooperación con la Aseguradora. El beneficiario deberá cooperar con la Aseguradora para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando los documentos necesarios, ayudando a ésta y con cargo a la misma a completar las formalidades necesarias.
- c) Subrogación. Se sujetará de acuerdo a lo estipulado en la cláusula décima quinta especificada en las condiciones generales de la póliza.
- d) Personas que prestar, los servicios de asistencia. Las personas que prestan los servicios de asistencia son, contratistas independientes de la Aseguradora, por lo que la misma será responsable por la prestación de los servicios, de acuerdo con lo estipulado en esta cláusula adicional, no será responsable por las

deficiencias en que incurran tales personas o establecimientos. La Aseguradora no será responsable por daños, robo parcial o total que sufra el automóvil durante la prestación de los servicios de asistencia.

- e) Prescripción de las reclamaciones. Se sujetará de acuerdo a lo estipulado en la cláusula décima tercera especificada en las condiciones generales de la póliza.

5. Exclusiones

5.1 Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por los beneficiarios en contra de la prescripción del médico de cabecera durante viajes de duración superior a sesenta (60) días naturales, no dan derecho a los servicios de asistencia.

5.2 Quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean a consecuencia directa o indirecta de:

a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

b) La participación del beneficiario en combates, salvo en caso de defensa propia.

c) La participación del beneficiario y/o automóvil en cualquier clase de carreras, competiciones oficiales y en exhibiciones.

d) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.

e) Los automóviles que sufran modificación de cualquier tipo, diferentes a las especificaciones del fabricante, siempre y cuando dicha modificación ocasione directamente una situación de asistencia.

f) Golpes e choques intencionados, así como la participación del automóvil en actos delictivos intencionales en que participe directamente el beneficiario.

g) Labores de mantenimiento, revisiones al automóvil, reparaciones mayores a la compostura o armado de partes previamente desarmadas por el beneficiario o por un tercero no autorizado.

h) La falta de gasolina y/o aceites, dan derecho al servicio de remolque.

i) Remolque del automóvil con carga o heridos.

j) La fuga del conductor del automóvil del lugar de los hechos.

k) En ningún caso se amparan los riesgos y servicios antes descritos, como cuando el conductor abandone a las víctimas lesionadas o fallecidas, a menos que no pueda ser imputada al conductor culpa, impericia o negligencia graves en la realización de siniestros. En caso de menores de edad, se les requerirá el permiso de conducir, expedido por autoridad competente.

6. Facultad de designación del prestador de servicios

Será facultad de la Compañía Aseguradora contratar al prestador o prestadores de servicios que puedan otorgar la asistencia de auxilio mecánico de emergencia y/o asesoría Jurídica y/o póliza de fianza y/o asistencia en viajes.

En caso de pérdida total de la unidad el asegurado se obliga a proporcionar a la aseguradora a la brevedad posible la siguiente documentación:

1. Factura original endosada a favor de la Aseguradora (en ningún caso se aceptarán copias certificadas de la factura).
2. Fotocopia de la(s) factura(s) anteriores desde la de origen, (en caso que sea un vehículo refacturado).
3. Tarjetón de Registro Federal de Automóviles para modelos anteriores a 1990.
4. Originales de las últimas 5 tenencias al momento del siniestro ó certificado de pagos emitidos por la Tesorería, (según modelo y legislación local aplicable en cada entidad).
5. Comprobante de verificación ambiental vigente al momento del siniestro ó copia certificada.
6. Comprobante de baja de placas y copia del comprobante de pago.
7. Original de la póliza y último recibo de pago.
8. Llaves de la unidad en caso de tener duplicado y si no se cuenta con él, elaborar carta explicatorio del porqué no se cuenta con duplicado, (en su caso).
9. Inventario de la unidad, (en su caso).
10. Anexar copia de credencial de elector por ambos lados.
11. El comprobante de liberación en posesión del vehículo expedida por la instancia o autoridad correspondiente, (en su caso).
12. Acreditación de propiedad, que debe constar en la averiguación previa, (en su caso).

Además de lo anterior, en caso de robo deberá de la misma forma proporcionar lo siguiente:

1. Copia certificada de las denuncias ante las autoridades correspondientes, como son:
 - a) Agencia del Ministerio Público.
 - b) Policía Judicial.
 - c) Policía Federal Preventiva.

Se excluye cobertura de terrorismo y/o sabotaje de toda la póliza

NO ADHESIÓN:

Los términos y condiciones aquí establecidos fueron acordados y fijados libremente entre el instituto y la compañía, por lo que éste no es un contrato y/o pólizas de adhesión y, por lo tanto, no se ubica en el supuesto previsto en el artículo 36-b de la ley general de instituciones y sociedades mutualistas de seguros; en tal virtud la póliza no requiere ser registrada ante la comisión nacional de seguros y fianzas.

ANEXO C: Glosario que aplicara en los términos de las Condiciones Generales.

GLOSARIO DE TERMINOS USADOS

Accidentes al conductor: Cualquier accidente automovilístico que produzca lesión corporal al conductor por la acción de una fuerza externa, súbita, fortuita y violenta, mientras se encuentre dentro del vehículo asegurado y como consecuencia de las coberturas amparadas en la póliza.

Accidente Automovilístico: Colisiones, vuelcos y todo acontecimiento que provoque daños corporales a una persona, y/o daños físicos al vehículo asegurado producido por una causa externa, violenta, fortuita y súbita.

Agravación de Riesgo: Modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo.

Asegurado: Es la persona física que, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas con la Compañía, tiene derechos sobre la reclamación de los servicios, pagos o beneficios especificados en las coberturas contratadas a consecuencia de un siniestro. El nombre aparece en la carátula de la póliza.

Asistencia Vial en Km"0": Servicios de asistencia que se proporcionan solo en los estados mexicanos desde el lugar de residencia permanente del beneficiario, en el Distrito Federal desde el centro de la ciudad, hasta un radio de 80kms; y para cualquier otra ciudad de la República, desde el centro de la misma hasta un radio de 50 kilómetros.

Avería: Todo daño, rotura y/o deterioro fortuito, que impida la circulación autónoma y/o correcto funcionamiento del vehículo asegurado durante la vigencia de este Contrato, siempre y cuando no sea a consecuencia de un Accidente Automovilístico.

Automóvil: Vehículo motorizado de 4 ruedas, destinado al transporte de personas, considerando un máximo de 15 plazas.

Beneficiario: Es la persona física que al momento de un siniestro que amerite indemnización, según lo establecido en la póliza, tiene derecho al pago o servicio correspondiente.

Beneficiario Preferente: Es la persona física o moral que, previo acuerdo con la Compañía y a solicitud del Contratante, tiene derecho al servicio o pago que corresponda a los riesgos de Robo Total o Pérdida Total hasta por el importe de la suma asegurada sobre cualquier otra persona. Para que el Beneficiario preferente tenga derecho a exigir los beneficios contratados, su nombre o razón social deberá precisarse en un endoso mismo que forma parte integrante de la póliza.

Colisión: Es el impacto, en un solo evento, del vehículo con uno o más objetos externos y que como consecuencia cause daños materiales.

Conductor: Es la Persona Física que habitualmente o, con mayor frecuencia conduce el vehículo asegurado, siempre y cuando sea mayor de 18 años, tenga licencia expedida por la autoridad competente y que sea del tipo (placas y uso) para conducir el vehículo asegurado, al momento de producirse un Accidente Automovilístico.

Contratante: Persona física cuya solicitud de seguro ha aceptado la Compañía, con base en los datos e informes proporcionados por ella, quien por lo tanto suscribe el contrato de seguro y asume las obligaciones que deriven del mismo; salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado o al Beneficiario.

Deducible: Es la participación económica que invariablemente deberá pagar el Asegurado en caso de siniestro y que se establece para cada cobertura en la carátula de la póliza y/o endosos. Esta obligación se pagará en pesos y se establecerá en la carátula de la póliza y/o endosos en un porcentaje sobre la suma asegurada, según corresponda a cada cobertura.

Dependiente económico: Es la persona o personas cuyo sustento es el salario del Asegurado, cualquiera que sea el título de su vida en común.

Equipo Especial: Se considerará equipo especial cualquier parte, accesorio o rótulo en carrocería o estructura, instalado a petición expresa del comprador o propietario del vehículo, en adición a las partes o accesorios con los que el fabricante adapta originalmente cada modelo y tipo específico que presenta al mercado.

Impericia: Es la falta de destreza o habilidad por parte del conductor y que ocasiona un siniestro.

Inundación: Es la causa por la que el vehículo sufre daños físicos directos, en carrocería y/o interiores, mediante la penetración de agua del exterior al interior del mismo, distinta de la necesaria para su operación y funcionamiento y por causas ajenas a la voluntad del Asegurado o conductor.

Ocupante: Toda persona física diferente al conductor que viaje en un Automóvil/Pick-up de uso personal mientras se encuentren dentro del compartimiento, caseta o cabina destinados al transporte de personas al momento de producirse un Accidente Automovilístico. El número máximo de ocupantes será el estipulado en la tarjeta de circulación.

Prima: Es la contraprestación en dinero que debe pagar el Asegurado en la forma y términos convenidos con la Compañía, para tener derecho a las coberturas que ampara la carátula de la póliza dentro del periodo de vigencia de la misma.

Representante: Cualquier persona que teniendo facultades legales para ello, realice las gestiones necesarias para hacer efectivos los beneficios de este contrato.

Salvamento: Se entiende por tal los restos del vehículo asegurado después de ocurrido el siniestro de pérdida total por daños materiales o robo total, cuyos derechos han sido subrogados a la Compañía en términos de lo dispuesto por el artículo 111 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. También se entenderá por Salvamento a los vehículos que hayan sido declarados por otras Compañías de Seguros como pérdida total y comercializados por ellas.

Siniestro: Es la manifestación concreta del riesgo asegurado por causa fortuita, súbita e imprevista que produce daños cubiertos en la póliza, obligando a la Compañía a resarcir el daño hasta el límite de responsabilidad contratado y especificado en la carátula de la póliza y/o endosos.

Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía para cada una de las coberturas contratadas, determinado desde el momento de contratación del seguro y especificado en la carátula de la póliza y/o endosos.

Terrorismo: Son los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización o gobierno, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a derrocar, influenciar o presionar al gobierno de hecho o de derecho para que tome una determinación, o alterar y/o influenciar y/o producir alarma, temor, terror o zozobra en la población, en un grupo o sección de ella o de algún sector de la economía.

Titular de la Póliza: La persona física cuyo nombre aparece en la carátula de la póliza de seguro.

Uso del Vehículo: Característica que define la utilización que se le da al vehículo objeto del seguro el cual se establece en la carátula de la póliza y determina el tipo de riesgo asumido por la Compañía con el cual se determina el costo de la prima.

Uso Normal o Personal: Entendiéndose que se destina al transporte de personas o transporte de enseres domésticos o mercancías sin fines de lucro.

Vandalismo: Es el acto doloso realizado sobre el vehículo asegurado por una o varias personas.

Vehículo Asegurado: Para los efectos del presente contrato, el concepto de vehículo comprende la unidad automotriz descrita en la carátula de la póliza y/o endosos, incluyendo las partes o accesorios que el fabricante adapta originalmente para cada modelo y tipo específico que presenta al mercado. Cualquier otra parte, accesorio, rótulo, conversión o adaptación instalada adicionalmente y a petición expresa del comprador o propietario, requerirá de cobertura específica.

Vuelcos: Es el evento durante el cual, por la pérdida de control, el vehículo gira, se vuelca y pierde su verticalidad, todo o en parte, con relación a la cinta asfáltica o vía por la que circula.

Anexo 2

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL PRESENCIAL CONSOLIDADA
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015

“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”

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 Consejo. (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:

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 Consejo y se acreditarán conforme a los procedimientos administrativos y normas que regulan la actividad administrativa del propio Consejo.
- 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.

FIRMAS

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

***CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE XXXXXXXX, QUE CELEBRAN, POR UNA PARTE, LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE 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 1, fracción I, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación.

I.2. Requiere los servicios de XXXXXXXX, 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 José María Pino Suárez, Número 2, Colonia Centro de la Ciudad de México, Delegación Cuauhtémoc, Código Postal 06060, Distrito Federal.

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 XXXXX:

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 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 XXXXXX 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, México, Distrito Federal, 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 de firma del presente contrato, 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 XXXXX 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 PRESTACIÓN 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 contrato, será de XXXXX (XXXX) meses, e iniciará al día siguiente de la fecha de notificación del fallo 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 RECEPCIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS.

XXXXXXXXXXXX

DÉCIMA. ACCESO AL INTERIOR DE LOS INMUEBLES.

XXXXXXXXXXXX

DÉCIMA PRIMERA. RESPONSABILIDAD OBJETIVA.

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. GARANTÍA 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 deba 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 deba 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 la 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 de mantenimiento correctivo en sitio a equipos de cómputo e impresión, con un monto contratado 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/XXXXX-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/DABI-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 presente 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 renuncia 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.

DÉCIMA TERCERA. GARANTÍA DE BIENES.

XXXXXXXXXX

DÉCIMA CUARTA. PENA CONVENCIONAL Y SANCIÓN ECONÓMICA.

En caso de incumplimiento 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 XXXXXXXX, hasta un máximo del 10% (diez por ciento) del monto total del contrato.

El "Prestador de Servicios" responsable del incumplimiento 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 la 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. RESCISIÓN 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 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 con 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, así como en diversos numerales 1, 7 y 42 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, 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/XXXXX.

"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 México, Distrito Federal, 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)

“Anexo 1”

Propuesta Técnica del “Prestador de Servicios” presentada el
_____ y requerimiento técnico anexo a bases
de la licitación pública nacional **LPN/XXXXX**.

“Anexo 2”

Propuesta Económica del “Prestador de Servicios” presentada el

“Anexo 3”

Anexos XXXXX de la licitación pública nacional **LPN/XXXXX**,

*****El presente modelo de contrato está sujeto a las adecuaciones que se estimen necesarias derivadas de la propia contratación.**



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



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.



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 _____.



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 _____.



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



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



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"**.



- 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



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 PRESENCIAL CONSOLIDADA
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015**

“SEGUROS DE PERSONAS Y BIENES”

“Carta Garantía”

Escrito de manifestación de los artículos 14 y 62, fracción VIII de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

"TEXTO QUE DEBERÁ EMPLEAR EL LICITANTE"

Fecha: _____

Asunto: manifestación de los artículos 14 y 62 fracción VIII de la de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

**CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
P R E S E N T E**

Me refiero a la Licitación Pública Nacional Presencial Consolidada No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015, relativa a la **SEGUROS DE PERSONAS Y BINENES PROPIEDAD DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN**".

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 compromete conforme a sus capacidades económicas y financieras.

En el entendido que de no manifestarme con veracidad, acepto que ello sea causa de rescisión del contrato celebrado con el Consejo.

Atentamente

Nombre, cargo y firma del representante legal del licitante

Anexo 4

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL PRESENCIAL CONSOLIDADA
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015

“SEGUROS DE PERSONAS Y BIENES”

“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 Presencial Consolidada No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015

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 PRESENCIAL CONSOLIDADA
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015**

“SEGUROS DE PERSONAS Y BIENES”

“Carta protesta”

CARTA PROTESTA

México D.F., 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 inhabilitados, ni se encuentran en ninguno de los supuestos señalados en el numeral 2.4 de las bases de la **Licitación Pública Nacional Presencial Consolidada No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015**, 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 Presencial Consolidada No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015**, 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 Consejo 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 PRESENCIAL CONSOLIDADA
No. CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015**

“SEGUROS DE PERSONAS Y BIENES”

“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 Presencial Consolidada número **CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015**, 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 Presencial Consolidada número **CJF/SEA/DGRM/DCS/LPN/012/2015**, 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