



MUNICIPIO DE ZAPOTLÁN EL GRANDE, JALISCO
HACIENDA MUNICIPAL

“ADQUISICION DE POLIZAS DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA LOS TRABAJADORES DEL H. AYUNTAMIENTO DE ZAPOTLÁN EL GRANDE, JALISCO, ASÍ COMO JUBILADOS Y PENSIONADOS”

Propuesta economica

Anexo 6

Licitante: MAPFRE MEXICO S.A

Fecha: 26 DE ENERO DE 2019

Domicilio: AV. REVOLUCIÓN N° 507 COLONIA SAN PEDRO DE LOS PINOS DELEGACIÓN BENITO JUÁREZ

Hoja 1 de 1

CIUDAD DE MEXICO C.P. 03800

Representante: ALEJANDRA ASCENCIO CARRILLO

Firma



MAPFRE

No.	C O N C E P T O	Cant.	Unid.	Precio Unitario	Detalle	Precio Unitario con letra	Importe
1	Subgrupo 1: PERSONAL DIRECTIVO QUE SE ENCUENTRAN EN SERVICIO ACTIVO DEL CONTRATANTE.	1	POLIZA	\$ 435,021.61	Cuatrocientos treinta y cinco mil veintuno pesos 67/100 m.n		\$ 435,021.61
2	Subgrupo 2: EMPLEADOS EN GENERAL Y DE SEGURIDAD PUBLICA QUE SE ENCUENTRAN EN SERVICIO ACTIVO DEL CONTRATANTE.	1	POLIZA	\$ 3,393,982.78	Tres millones trescientos noventa y tres mil novecientos ochenta y dos pesos 78/100 m.n		\$ 3,393,982.78
3	Subgrupo 3: PERSONAL JUBILADO Y PENSIONADO DEL CONTRATANTE.	1	POLIZA	\$ 543,964.17	Quinientos cuarenta y tres mil novecientos sesenta y cuatro pesos 17/100 m.n		\$ 543,964.17
4	Subgrupo 4: TITULARES, CONYUGE O CONCUBINO DE LOS EMPLEADOS EN GENERAL Y DE SEGURIDAD PUBLICA DEL CONTRATANTE, ASICOMO EL CONYUGE O CONCUBINO DEL PERSONAL JUBILADO Y PENSIONADO DEL CONTRATANTE.	1	POLIZA	\$ 1,523,507.11	Un millon quinientos veintitres mil quinientos siete pesos 11/100 m.n		\$ 1,523,507.11
				Cinco millones ochocientos noventa y siete mil veinte y cinco pesos 67/100 m.n			
				Sub-Total sin IVA		\$ 5,896,475.67	
				Derecho de Poliza		\$ 550.00	
				PRIMA TOTAL sin IVA		\$ 5,897,025.67	
				Moneda: Pesos Mexicanos			

La presente propuesta importa (con letra):

Nota: El presente formato podrá ser reproducido por cada participante en el modo que estime conveniente, debiendo respetar su contenido, y el orden indicado.





ANEXO 9

CONDICIONES ESPECIALES
SEGURO DE VIDA PROYECTO POLIZA

LAS CONDICIONES ESPECIALES SIGUIENTES, SERÁN PARTE INTEGRAL EN EL CONTRATO QUE SE FORMALICE PARA EL ASEGURAMIENTO DE LOS TRABAJADORES DEL H. AYUNTAMIENTO DE ZAPOTLAN EL GRANDE, JALISCO, ASÍ COMO JUBILADOS Y PENSIONADOS, POSTERIOR A LA RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN; ASÍ MISMO ESTAS CONDICIONES ESPECIALES DEBERÁN FORMAR PARTE DE LA POLIZA.

GRUPO ASEGURADO

Esta compuesto por los funcionarios, empleados, jubilados y pensionados del MUNICIPIO DE ZAPOTLAN EL GRANDE, JALISCO de acuerdo al listado entregado.

EDAD

Sin límite de edad

CALCULO Y AJUSTE DE PRIMA

La prima total del grupo será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación y suma asegurada. En cada fecha de vencimiento del contrato, se calculará la cuota promedio por millar de suma asegurada que se aplicará en el periodo. La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la suma asegurada total.
A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.
El pago de la prima no será contributivo, el Municipio es quien se encarga de saldar el pago total de la prima, sin ninguna aportación por parte de los asegurados.

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía elaborará, por duplicado, un registro de los miembros del Grupo Asegurado mediante esta Póliza, uno de cuyos ejemplares será entregado al "Contratante", conservando en su poder una copia.

Dicho registro contendrá entre otros datos, el nombre, edad, sumas aseguradas, fecha de vigencia del seguro y número de certificado de cada uno de los asegurados. En el mismo se anotarán también las altas y bajas de asegurados o las variaciones en las sumas aseguradas, siempre a solicitud del Contratante y previa aceptación de la Compañía.

Certificados individuales:

La Compañía expedirá un certificado para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado que entregará al contratante, que contendrá entre otros datos los siguientes: Número de Póliza y del certificado, nombre y fecha de nacimiento o edad del asegurado, fecha de vigencia del seguro, suma asegurada o la regla para determinarla. La Compañía aceptará los consentimientos que hayan sido emitidos en vigencias anteriores por otras compañías de seguros.

OPERACIÓN AUTOADMINISTRADA

La póliza se emitirá bajo el régimen de autoadministración en el cual los movimientos reportados en el transcurso de la vigencia no generen prima de cobro o devolución y quedan registrados en los archivos de la Compañía. Al final de la vigencia de la póliza se efectuará el ajuste final de primas por los movimientos reportados, cobrando o devolviendo la prima correspondiente a dichos movimientos

Baja de Asegurados:

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la institución aseguradora restituirá al Contratante la parte de la cuota media no devengada por meses completos. No se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán dentro del seguro hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

Altas de asegurados:

Los miembros que ingresen al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieren dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin examen médico, si están en servicio activo, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo asegurable. La empresa aseguradora podrá exigir un examen médico a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado. En este caso, quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la institución aseguradora.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS
BENEFICIO POR FALLECIMIENTO (COBERTURA BÁSICA):**

La Compañía de Seguros, se compromete a pagar a los Beneficiarios o, en defecto de éstos por muerte, a los herederos, albaceas o cesionarios según sea el caso, de los miembros del grupo asegurado por esta póliza las cantidades que se indican al frente de cada uno de dichos nombres, inmediatamente después de recibidas las pruebas fehacientes del fallecimiento de los miembros asegurados en dicho grupo, si fallecieron perteneciendo a éste, y la póliza se encontrare en pleno vigor.

Personal de Alta Dirección

12 veces de salario nominal mensual si se trata de empleados en activo

Personal General,

36 veces el salario nominal mensual si se trata de los empleados en activo

Pensionados y Jubilados

12 veces la pensión mensual

BENEFICIOS POR ACCIDENTE:

Beneficio de Muerte Accidental o Muerte en Cumplimiento de Deber:

Considerándose también como Muerte Accidental cuando ésta ocurra en cumplimiento de su deber durante los 365 días de vigencia de la póliza

La Compañía de Seguros, pagará la suma asegurada contratada en caso de que el asegurado fallezca a causa de lesiones corporales ocurridas como consecuencia de un accidente, siempre que la muerte del asegurado ocurra durante los noventa días siguientes a la fecha del accidente. Se considerará el Homicidio en cumplimiento de su deber como Accidente, así mismo se cubrirá Motoциclismo como medio de transporte o de trabajo.

Se entenderá como accidente aquel acontecimiento externo, súbito, violento, fortuito e imprevisible.

Cuando el asegurado no participe activo y conscientemente en un asalto, se cubrirá como accidente.

Esta cobertura es adicional a la cobertura Básica por lo que en caso de que algún participante llegara a presentar alguna reclamación que afectara ambas coberturas se considerarían las Sumas aseguradas de la Básica más otro tanto de la Cobertura adicional de Muerte Accidental o Muerte en el cumplimiento del Deber

Personal de Alta Dirección

12 veces de salario nominal mensual si se trata de empleados en activo

Personal General,

36 veces el salario nominal mensual si se trata de los empleados en activo

Pensionados y Jubilados

12 veces la pensión mensual

Beneficio Pérdida orgánica de Miembros:

Este beneficio cubre las pérdidas orgánicas producidas en la persona del asegurado a consecuencia de un accidente. Considerándose también como Accidente cuando éste ocurra en cumplimiento de su deber durante los 365 días de vigencia de la póliza

Las indemnizaciones establecidas en este beneficio se pagarán de acuerdo a Escala "A"

Por la pérdida de:

a) Ambas manos o de ambos pies o la vista de ambos ojos: Una cantidad igual a la suma asegurada en la Póliza

b) Una mano y un pie: Una cantidad igual a la suma asegurada en la Póliza

c) Mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo: Una cantidad igual a la suma asegurada en la Póliza

d) La vista de un ojo: Una cantidad igual al 30% de la suma asegurada en la Póliza

e) Una mano o de un pie: Una cantidad igual al 50% de la suma asegurada en la Póliza

f) Dedo pulgar de cualquier mano: Una cantidad igual al 25% de la suma asegurada en la Póliza.

g) Dedo índice de una mano: Una cantidad igual al 10% de la suma asegurada en la Póliza.

Para los efectos de esta cláusula se entenderá:

Por pérdida de una mano, su separación completa en la articulación de la muñeca o arriba de ella.

Por pérdida de un pie, su separación absoluta en la articulación del tobillo o arriba de él.

En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irremediable de la vista.

Por pérdida de los dedos, cuando ésta sea de una falange completa, cuando menos, excepto cuando se trate del índice y del pulgar, en cuyos dedos se entenderá como pérdida, cuando esta sea total, esto es, su separación de la coyuntura metacarpiana, falangeal o arriba de ella.

Si ocurren dos o más pérdidas de las especificadas en la Tabla de Indemnizaciones, la compañía pagará la suma de indemnizaciones correspondientes, pero esta cantidad en ningún caso excederá la suma asegurada contratada para este beneficio,

En caso de ocurrir el fallecimiento del asegurado a consecuencia del accidente dentro del periodo señalado, se descontará de la indemnización total la cantidad que se haya otorgado por Pérdida de los miembros dentro del mismo lapso.

Personal de Alta Dirección

12 veces de salario nominal mensual si se trata de empleados en activo

Personal General,

36 veces el salario nominal mensual si se trata de los empleados en activo

Apoyo por Fallecimiento de Titular, Cónyuge o Concubina del Asegurado

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Mediante este beneficio la Compañía se compromete a entregar en adición a la Suma Asegurada al beneficiario designado \$ 20,000.00 MN, por fallecimiento del Titular, Cónyuge o Concubina del Asegurado y solo aplica para el personal en activo.

Adicionalmente en caso del Fallecimiento del Titular se indemnizará con dos meses de salario nominal y solo aplica para personal en activo

DISPUTABILIDAD

Para efectos de este contrato se elimina la cláusula de disputabilidad, desde el inicio de vigencia

SUICIDIO

Se ampara en todos sus casos

CARENANCIA DE RESTRICCIONES

Una vez expedida la presente póliza, no estará sujeta a restricción alguna en cuanto a residencia, ocupación, viajes y/o al género de vida de los miembros del grupo asegurado.

PERIODO DE GRACIA

Lapso de 30 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza o vencimiento del pago fraccionado con que cuenta el contratante para pagar la prima, de acuerdo a la forma de pago previamente pactada.

EXTENSION DE VIGENCIA

El contratante podrá solicitar a la Compañía que prorogue la cobertura de la póliza contratada con el correspondiente pago de prima de acuerdo a las condiciones ofrecidas

ERRORES U OMISIONES

En caso de que por un error u omisión del Contratante no se reporte el ingreso de algún asegurado a la póliza y ocurriera el fallecimiento de dicho asegurado, solamente se requerirá el alta a la seguridad social como acreditación de que se encuentra asegurada dicha persona.

REPORTE DE SINISTRALIDAD

La compañía se compromete a entregar reportes trimestrales de siniestralidad, contemplando la siguiente información: número de póliza, inciso afectado número de siniestro, departamento que corresponde, fecha del siniestro lugar del siniestro, riesgo afectado, monto estimado y monto pagado y si está pendiente o finiquitado.

LUGAR Y PLAZO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

TCU

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

La Compañía hará el pago de la indemnización en sus oficinas en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los siguientes documentos

FALLECIMIENTO

1. ORIGINAL DEL FORMATO DE DECLARACION DE BENEFICIARIOS VIDA GRUPO Y COLECTIVO

2. CERTIFICADO-CONSENTIMIENTO ORIGINAL

3. ORIGINAL DE LA ACTA DE DEFUNCION

4. COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

5. ORIGINAL DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

6. CURP DEL ASEGURADO

7. ORIGINAL DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO

8. CURP DEL BENEFICIARIO

9. COPIA DE LA IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

10. COPIA DE LA IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

11. COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO

12. ORIGINAL DEL ACTA DE MATRIMONIO (CUANDO APLIQUE)

13. ORIGINAL DE LOS ULTIMOS 2 RECIBOS DE NOMINA

14. COPIA DE LA BAJA DEL IMSS

INVALIDEZ

1. ORIGINAL DEL FORMATO UNICO DE SINIESTROS VIDA GRUPO Y COLECTIVO

2. CONSENTIMIENTO ORIGINAL

3. CARTA DE ACEPTACION DEL IMSS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

4. ORIGINAL DEL DICTAMEN MEDICO DEL IMSS

5. COPIA DE LA BAJA DEL IMSS

6. ORIGINAL DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

7. CURP DEL ASEGURADO

8. COPIA DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

9. COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO

10. ORIGINAL DE LOS ULTIMOS 2 RECIBOS DE NOMINA

Handwritten signatures and initials on the left side of the page.

ACCIDENTE:

1. ORIGINAL DEL FORMATO DE DECLARACION DE BENEFICIARIOS VIDA GRUPO Y COLECTIVO

2. CERTIFICADO-CONSENTIMIENTO ORIGINAL

3. ORIGINAL DE LA ACTA DE DEFUNCION

4. COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

5. ORIGINAL DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

6. CURP DEL ASEGURADO

7. ORIGINAL DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO

8. CURP DEL BENEFICIARIO

9. COPIA DE LA IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

10. COPIA DE LA IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

11. COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO

12. ORIGINAL DEL ACTA DE MATRIMONIO (CUANDO APLIQUE)

13. ORIGINAL DE LOS ULTIMOS 2 RECIBOS DE NOMINA

14. COPIA DE LA BAJA DEL IMSS

15. ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO

ANTIGÜEDAD

La Compañía aseguradora que resulte ganadora a ésta licitación se compromete a absorber la antigüedad ininterrumpida que se adquirió a través del tiempo en otras licitaciones, para todos los beneficios contratados en esta póliza, para el personal en general del H. AYUNTAMIENTO DE ZAPOTLAN EL GRANDE, JALISCO

CONDICIONES IMPRESAS

Quedan sujetas las partes contratantes a las presentes condiciones especiales, teniendo prelación en cuanto sean contrarias a las condiciones generales, particulares y sus endosos

ESTÁNDARES DE SERVICIO

(Tiempo máximo de respuesta, días naturales)

SINIESTROS	DÍAS HÁBILES
Proporcionar el número de siniestro	1 DÍA
Tiempos de aceptación o rechazo de pagos especiales	3 DÍAS
Tiempo de revisión de documentación para solicitar complemento de documentación o dar carta rechazo	3 DÍAS
Tiempo entrega del pago del siniestro después de Entregada la documentación	10 DÍAS

MAPFRE MEXICO, S.A.







