



Contenido

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO PARA EL RETIRO DE SHCP..... 2

CLÁUSULA DE DEFINICIONES..... 2

CLÁUSULA DE COBERTURAS..... 3

CLÁUSULA DE SUMA ASEGURADA..... 4

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIONES..... 6

CLÁUSULA DE VIGENCIA..... 7

CLÁUSULA DE RENOVACIÓN..... 8

CLÁUSULA DE ADMINISTRACIÓN..... 8

CLÁUSULA DE REINSTALACIÓN..... 8

CLÁUSULA DE PAGO RETROACTIVO DE PRIMAS..... 8

CLÁUSULA DE GRUPO ASEGURADO..... 8

CLÁUSULA DE EXCLUSIONES..... 9

CLÁUSULA DE CARENCIA DE RESTRICCIONES..... 9

CLÁUSULA DE OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE A TRAVES DE LAS SECRETARÍAS..... 9

CLÁUSULA DE FORMA Y PAGO DE PRIMA..... 9

CLÁUSULA DE BAJA DE ASEGURADOS..... 10

CLÁUSULA DE ALTA DE ASEGURADOS..... 10

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO..... 10

CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO..... 11

CLÁUSULA DE MONEDA..... 11

CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO..... 11

CLÁUSULA DE NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES..... 13

CLÁUSULA DE MODIFICACIONES AL CONTRATO..... 13

CLÁUSULA DE FRAUDE, DOLO O MALA FE..... 13

CLÁUSULA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA..... 13

CLÁUSULA DE PRESCRIPCIÓN..... 13

CLÁUSULA DE COMPETENCIA..... 14

ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO..... 14

FOLLETO..... 15

FORMATOS..... 17



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO PARA EL RETIRO DE SHCP.

De acuerdo con los términos y condiciones que adelante se estipulan, **AGROASEMEX, S.A.**, en lo sucesivo denominada “La Compañía”, cubre la Suma Asegurada asentada en el Certificado Individual por cobertura básica por retiro del Asegurado ocurrido durante su vigencia, a cambio del pago de la Prima convenida.

CLÁUSULA DE DEFINICIONES.

Para efecto de estas Condiciones Generales se entenderá por:

Acto Doloso. – Son las acciones realizadas por una persona de manera voluntaria que actúa con DOLO.

Años de servicio. – Tiempo de cotización del servidor público al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Asegurados. – Los servidores públicos de las secretarías, órganos administrativos desconcentrados, entidades y organismos autónomos integrantes del presente seguro.

Beneficiario Designado. – Persona nombrada por el Asegurado en el Consentimiento Individual.

Caso fortuito o de fuerza mayor. – Aquellos hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de cualquiera de las partes, siempre y cuando no se haya dado causa o contribución a ellos.

Certificado Individual (Certificado). – Documento que proporcionará “La Compañía” a los Asegurados y contiene sus datos personales, la suma asegurada y Coberturas elegidas, así como la designación de Beneficiarios.

Consentimiento Individual (Consentimiento). – Documento que proporcionará “La Compañía” a “El Contratante” para que los proponentes registren sus datos personales, la suma asegurada y Coberturas elegidas, así como la designación de Beneficiarios. Este formato será firmado por los Proponentes.

CONDUSEF. – Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Contratante y/o Dependencia. – A la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, representada por la Unidad de Política y Control Presupuestario.

Contrato. – Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y “La Compañía”, así como los derechos y obligaciones de las partes.

Dolo o Mala Fe. – Acto por el cual una persona actúa en forma intencionada en perjuicio de otra con la intención de ocasionarle un daño.

Entidades. – A los organismos descentralizados, a los fideicomisos y a las empresas de participación estatal mayoritaria de la Administración Pública Federal que integran el Grupo Asegurado.

Fraude. – Actuación engañosa realizada en perjuicio de un tercero, que produce generalmente un daño de carácter económico.

Instituto – ISSSTE. – Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Ley del Instituto. – Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Lista de raya. – Documento en donde se establece el nombre, percepciones y retenciones de los trabajadores temporales contratados para obra determinada o por tiempo fijo.



Organismo autónomo. – Las personas de derecho público de carácter federal con autonomía en el ejercicio de sus funciones y administración, creadas por disposición expresa de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que integran la colectividad.

Prima. – Costo por Asegurado para cubrir el riesgo descrito en la CLÁUSULA DE FORMA Y PAGO DE LA PRIMA de las presentes Condiciones Generales.

Póliza. – Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones entre el Contratante y “La Compañía”, y en la cual se identificará a las Secretarías, Órganos Administrativos Desconcentrados, Entidades y Organismos Autónomos participantes en el Contrato.

Secretarías. – A las Secretarías de Estado incluyendo a sus respectivos Órganos Administrativos Desconcentrados, a los Órganos Reguladores coordinados en materia energética, la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, la Oficina de la Presidencia de la República y a los Tribunales Agrarios.

SHCP.- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Trabajadores temporales. – Toda persona que preste un servicio físico, intelectual o de ambos géneros por obra determinada o por tiempo fijo y que figure en las Listas de Raya.

UPCP. – Unidad de Política y Control Presupuestario, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

CLÁUSULA DE COBERTURAS.

Básica por Retiro

Cubre a los servidores públicos que causen baja definitiva del servicio, después de haber cumplido con el tiempo de cotización al Instituto (años de servicio), así como las edades establecidas para los diferentes supuestos de retiro de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, el año calendario en el que se retiren y el régimen de pensiones que hayan elegido.

Dicho seguro tiene el objetivo de que el servidor público que decida retirarse o pensionarse pueda hacer frente a las contingencias inherentes a la separación del servicio.

Los servidores públicos protegidos mediante este Seguro quedarán Asegurados por cada plaza que ocupen, siempre y cuando no sea en una misma Secretaría.

La suma asegurada a que tendrán derecho se determinará en función de los años de servicio e igual tiempo de cotización al Instituto, así como la edad del servidor público, a condición de que se haya cubierto la prima correspondiente en una plaza, durante la vigencia establecida en las presentes Condiciones Generales, el año calendario en el que se retiren y el régimen de pensiones que hayan elegido.

Toda fracción de más de seis meses (seis meses 1 día) de servicios se considerará como año completo, para los efectos del otorgamiento de la suma asegurada, es decir, se refiere a años de cotización al Instituto y que sólo es aplicable para el último año de prestación de servicios, y es válido para acreditar el último año a cualquiera de los supuestos de reclamo de siniestro.

Cuando un servidor público se retire por invalidez o incapacidad total, y además cumpla con cualquiera de los supuestos de retiro establecidos en las presentes Condiciones Generales, “La Compañía” deberá pagar la suma asegurada correspondiente de acuerdo con lo establecido en la CLÁUSULA DE SUMA ASEGURADA.



Cuando el Asegurado haya causado baja del servicio y cumpla con cualquiera de las opciones de retiro establecidos en las presentes Condiciones Generales y por lo tanto haya adquirido el derecho a la cobertura contratada, y fallece antes o durante el proceso de la reclamación, el derecho adquirido no se verá afectado, por lo que “La Compañía” pagará la suma asegurada correspondiente y de conformidad con la materia de sucesiones en el marco de la legislación civil, siempre y cuando la autoridad competente determine para tal efecto, la calidad de heredero(s) y se presente ante “La Compañía” el documento que compruebe ese hecho.

CLÁUSULA DE SUMA ASEGURADA.

Suma asegurada para los trabajadores que eligieron el artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto (Trabajadores que no opten por el Bono)

Los supuestos bajo los cuales se tiene derecho al cobro de la suma asegurada que corresponda, de conformidad con lo previsto en el artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto bajo el Régimen de los trabajadores que NO opten por el Bono, son:

Para los años 2024 y 2025

- a) Los trabajadores que hubieren cotizado 30 años o más y tengan una edad mínima de 58 años, y las trabajadoras que hubieran cotizado 28 años o más y tengan una edad mínima de 56 años, tendrán derecho a una suma asegurada equivalente a \$25,000.00 (VEINTICINCO MIL PESOS 00/100 M.N.).
- b) Los trabajadores que cumplan 60 años de edad o más y 15 años o más de cotización al Instituto, tendrán derecho a una suma asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:

Años de servicio y cotización al Instituto	Suma Asegurada (Pesos)
15	\$12,500.00
16	\$13,125.00
17	\$13,750.00
18	\$14,375.00
19	\$15,000.00
20	\$15,625.00
21	\$16,250.00
22	\$16,875.00
23	\$17,500.00
24	\$18,125.00
25	\$18,750.00
26	\$20,000.00
27	\$21,250.00
28	\$22,500.00
29	\$23,750.00

- c) Los trabajadores que se separen voluntariamente del servicio a los 65 años de edad o más y hayan cotizado al Instituto por un mínimo de 10 años, tendrán derecho a una suma asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:



Edad	Suma Asegurada (Pesos)
65 o más	\$12,500.00

Para el año 2026

- a) Los trabajadores que hubieren cotizado 30 años o más y tengan una edad mínima de 59 años, y las trabajadoras que hubieran cotizado 28 años o más y tengan una edad mínima de 57 años, tendrán derecho a una suma asegurada equivalente a \$25,000.00 (VEINTICINCO MIL PESOS 00/100 M.N.).
- b) Los trabajadores que cumplan 60 años de edad o más y 15 años o más de cotización al Instituto, tendrán derecho a una suma asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:

Años de servicio y cotización al Instituto	Suma Asegurada (Pesos)
15	\$12,500.00
16	\$13,125.00
17	\$13,750.00
18	\$14,375.00
19	\$15,000.00
20	\$15,625.00
21	\$16,250.00
22	\$16,875.00
23	\$17,500.00
24	\$18,125.00
25	\$18,750.00
26	\$20,000.00
27	\$21,250.00
28	\$22,500.00
29	\$23,750.00

- c) Los trabajadores que se separen voluntariamente del servicio a los 65 años de edad o más y hayan cotizado al Instituto por un mínimo de 10 años, tendrán derecho a una suma asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:

Edad	Suma Asegurada (Pesos)
65 o más	\$12,500.00

Toda fracción de más de seis meses (seis meses 1 día) de servicios se considerará como año completo, para los efectos del otorgamiento de la suma asegurada, es decir, se refiere a años de cotización al Instituto y que sólo es aplicable para el último año de prestación de servicios, y es aplicable para acreditar el último año a cualquiera de los supuestos de reclamo de siniestro.

Suma asegurada para los trabajadores que opten por el régimen de Bono de Pensión en una cuenta individual (trabajadores que opten por Bono)



Los supuestos bajo los cuales se tiene derecho al cobro de la suma asegurada que corresponda a los trabajadores que optaron por el Bono de Pensión, establecido en la Ley del Instituto, son:

Para los años 2024, 2025 y 2026

Para recibir la suma asegurada de \$25,000.00 (VEINTICINCO MIL PESOS 00/100 M.N.), los trabajadores deberán cumplir con 30 años o más de cotización al Instituto y las trabajadoras deberán cumplir con 28 años o más de cotización al Instituto, así como con los requisitos establecidos en la CLÁUSULA DE INDEMNIZACIONES de estas las Condiciones Generales.

Cuando el Asegurado se retire por Invalidez o Incapacidad Total y cumpla con cualquiera de los supuestos de retiro establecidos en la presente CLÁUSULA DE SUMA ASEGURADA, “La Compañía” deberá pagar la suma asegurada correspondiente.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIONES.

- De acuerdo con la cobertura básica por retiro “La Compañía” pagará a los servidores públicos asegurados la suma asegurada que corresponda, a más tardar dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles, cuando el trámite se haga en la Ciudad de México y área metropolitana y diez (10) días hábiles cuando el trámite se haga en el resto de la República, contados a partir de la fecha en que se le hayan acreditado a “La Compañía” los requisitos para formular la correspondiente solicitud de pago.

Los trabajadores que eligieron el régimen tradicional de pensiones, establecido en el artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto (trabajadores que no opten por el Bono) y los trabajadores que eligieron el régimen de cuentas individuales (trabajadores que opten por el Bono de Pensión), deberán presentar a “La Compañía” en caso de siniestro los siguientes documentos:

- a) Copia simple de la Concesión de Pensión emitida por el Instituto, documento en el cual consta el otorgamiento de la Pensión al Trabajador. La fecha que debe considerarse como válida para estos documentos, es la fecha de elaboración.
- b) Copia simple de talón de pago a la fecha de la baja definitiva en el que se observe el descuento del seguro con concepto 77.
- c) Copia simple de Identificación oficial del Asegurado. Para tal efecto se puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial de elector, pasaporte vigente y cédula profesional.
- d) Copia simple de solicitud de pago del Asegurado debidamente requisitada, anotando correctamente su RFC, y confirmando el régimen de retiro que acredita (artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto o por el Bono de Pensión).
- e) Si el Asegurado desea que el pago se realice mediante depósito en su cuenta bancaria, es necesario indicarlo en su solicitud de pago y acompañar copia simple del contrato bancario o del estado de cuenta correspondiente que contenga la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), que deberá contar con una vigencia no mayor a tres (3) meses. Es decisión del asegurado el elegir la forma de pago, la cual podrá ser preferentemente mediante transferencia bancaria o cheque.
- f) Copia simple del comprobante de domicilio del Asegurado, que deberá contar con una vigencia no mayor a tres (3) meses. Para tal efecto se puede presentar cualquiera de los siguientes: predial, agua, luz, gas natural o teléfono (fijo).





- g) Copia simple del acta de nacimiento, cuya fecha de expedición no deberá ser mayor a seis (6) meses, en caso de contar con éste.
- Para el pago de la suma asegurada de retiro por Invalidez o Incapacidad Total del Asegurado, se deberá entregar a “La Compañía”, los requisitos mencionados en el apartado anterior de esta Cláusula. El dictamen de invalidez o incapacidad total no es un requisito que deberá solicitar “La Compañía” para el pago correspondiente.

La Compañía” pagará a los servidores públicos asegurados la suma asegurada que corresponda, a más tardar dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles, cuando el trámite se haga en la Ciudad de México y área metropolitana y diez (10) días hábiles cuando el trámite se haga en el resto de la República contados a partir de la fecha en que se le hayan acreditado a “La Compañía” los requisitos para formular la correspondiente solicitud de pago.

- Cuando el Asegurado haya causado baja del servicio y cumpla con cualquiera de las opciones de retiro establecidos en las presentes Condiciones Generales y fallece antes o durante el proceso de la reclamación “La Compañía” pagará la suma asegurada correspondiente y de conformidad con la materia de sucesiones en el marco de la legislación civil, siempre y cuando la autoridad competente determine para tal efecto la calidad de heredero(s); en este supuesto, “La Compañía” pagará dentro de los cinco (5) días hábiles, cuando el trámite se haga en la Ciudad de México y área metropolitana y diez (10) días hábiles cuando el trámite se haga en el resto de la República siguientes a aquél en que se le acredite la ocurrencia del siniestro.

Para tal efecto, el o los Beneficiarios, por sí o a través de la Dependencia o Secretaría donde laboró el Asegurado, deberán entregarle la documentación siguiente:

- a. Copia certificada por el Registro Civil de acta de defunción del Asegurado.
- b. Copia simple de designación de sucesión legal emitida por la autoridad competente.
- c. Copia simple de Identificación oficial del Beneficiario. Para tal efecto se puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial de elector, pasaporte vigente y cédula profesional.
- d. Copia simple de la Concesión de Pensión emitida por el Instituto, en caso de contar con esta; documento en el cual consta el otorgamiento de la Pensión al Trabajador. La fecha que debe considerarse como válida para estos documentos, es la fecha de elaboración.
- e. Copia simple de solicitud de pago debidamente requisitada con la información del Asegurado, anotando correctamente su RFC, y confirmando el régimen de retiro que acredita (artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto o por el Bono de Pensión).
- f. Si el Beneficiario desea que el pago se realice mediante depósito en su cuenta bancaria, es necesario indicarlo en su solicitud de pago y acompañar copia simple del contrato bancario o del estado de cuenta correspondiente que contenga la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), que deberá contar con una vigencia no mayor a tres (3) meses.

CLÁUSULA DE VIGENCIA.

La vigencia del Seguro estará en vigor durante el plazo establecido en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente.



CLÁUSULA DE RENOVACIÓN.

El Contrato de Seguro se considerará renovado por períodos de un año, salvo que, dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de cada período, alguna de las partes comunique a la otra su voluntad de no renovarlo.

La renovación se hará en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que las condiciones de edad del Grupo Asegurado y de riesgo manifestadas en la solicitud se mantengan y no hayan sido agravadas. En su caso, se aplicará la Tarifa en vigor a la fecha de la renovación.

CLÁUSULA DE ADMINISTRACIÓN.

Las Secretarías o la Dependencia, entregarán mensualmente el Reporte de Movimientos con las altas y bajas de personal que se dieron durante el mes anterior contra el mes que se está pagando, a “La Compañía”, en medios electrónicos o magnéticos en formato Excel.

CLÁUSULA DE REINSTALACIÓN

Cuando el Asegurado obtenga laudo favorable ejecutoriado derivado de un litigio laboral, las Secretarías, Órganos Administrativos Desconcentrados, Entidades y Organismos Autónomos participantes, pagarán el costo de la prima en los términos que ordene el laudo; en caso de que el mismo no haga mención al respecto, el Asegurado podrá pagar a “La Compañía” el importe de la prima, para lo cual “La Compañía” realizará el cálculo de primas y le informará por escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo. El periodo de pago de primas por parte del trabajador solamente será por la vigencia del presente contrato y el periodo del pago de primas por laudo, “La Compañía” lo aceptará con independencia de que dicho periodo abarque contratos anteriores al presente.

El pago de prima por laudo favorable ejecutoriado se realizará conforme lo establezca el laudo; a falta de ello, se realizará según los importes de prima establecidos en cada contrato que se encuentren dentro del periodo establecido en el laudo.

CLÁUSULA DE PAGO RETROACTIVO DE PRIMAS

“La Compañía” aceptará el pago retroactivo de las primas cuando se haya realizado el descuento al Asegurado correspondiente en tiempo y forma y “La Compañía” argumente no haber recibido dicho pago por parte de la Secretaría o Dependencia que pague directamente el contrato; entonces bastará con que el Asegurado presente ante “La Compañía” su recibo de pago en el cual se refleje el descuento del seguro, para que “La Compañía” acepte el pago retroactivo de las primas adeudadas por parte de la Secretaría o Dependencia participante.

El mismo procedimiento será utilizado, tratándose de pago de primas retroactivas cuando el asegurado haya gozado de una licencia sin goce de sueldo.

CLÁUSULA DE GRUPO ASEGURADO.

Las características del grupo asegurado son:

- a. Los servidores públicos sindicalizados y de confianza que, en virtud del nombramiento legalmente expedido, cualquiera que sea su edad, sexo u ocupación, presten sus servicios a las Secretarías, Órganos Administrativos Desconcentrados, Entidades y Organismos Autónomos participantes de la Administración Pública Federal.



- b. Los servidores públicos incluidos en Listas de Raya, como trabajadores temporales, para obra determinada o por tiempo fijo, cualquiera que sea su edad, sexo u ocupación que presten sus servicios a las Secretarías, Órganos Administrativos Desconcentrados, Entidades y Organismos Autónomos participantes, de la Administración Pública Federal.
- c. Los servidores públicos que sean dados de alta en la nómina de pensionados del Instituto, como personal de Trato Especial, por haber prestado sus servicios bajo el régimen de Lista de Raya en las Secretarías, Órganos Administrativos Desconcentrados, Entidades y Organismos Autónomos de la Administración Pública Federal, con anterioridad al 1° de enero de 1975 y que el reconocimiento de antigüedad haya sido requisito indispensable para pensionarse.

CLÁUSULA DE EXCLUSIONES

Quedan expresamente excluidas de este seguro las personas que, prestando sus servicios a favor de la Dependencia o cualquiera de las Secretarías participantes, perciban sus emolumentos por honorarios o haberes.

CLÁUSULA DE CARENCIA DE RESTRICCIONES.

El presente Seguro no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes o estilo de vida de los Asegurados.

CLÁUSULA DE OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE A TRAVES DE LAS SECRETARÍAS.

- a) Dar de alta en el Grupo Asegurado a todas aquellas personas que, en el momento de la celebración del Contrato y con posterioridad a éste, reúnan las características necesarias para formar parte de este.
- b) Dar aviso por escrito a “La Compañía” de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados. “El Contratante” tiene treinta (30) días naturales para reportar a “La Compañía” cualquier cambio que dé lugar a modificación en el importe de la Prima, de no reportarse en ese tiempo, el movimiento se operará en la fecha en la que el reporte correspondiente sea recibido por “La Compañía”.
- c) Realizar el pago de la Prima a la cuenta bancaria que indique “La Compañía”, de cada integrante del Grupo Asegurado.
- d) Recabar los Consentimientos Individuales de los Proponentes, entregar los Certificados Individuales a los Asegurados, recabar y entregar a quien corresponda cualquier otra documentación relacionada con el aseguramiento.
- e) Informar a “La Compañía” el domicilio de cada Asegurado o Beneficiario para cualquier comunicación o notificación en relación con el Seguro.
- f) Las demás previstas en estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA DE FORMA Y PAGO DE PRIMA.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 15, fracción IX de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, las primas a pagar por concepto del presente seguro no deberán incluir derechos de póliza ni el IVA, y por lo tanto sólo se cobrará lo correspondiente a la prima neta.



De conformidad con los artículos 34 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se pacta en este seguro que la prima vencerá a fin de mes y deberá ser pagada dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento a través de cheque o transferencia electrónica a la cuenta bancaria que al efecto señale “La Compañía”, previa presentación del recibo correspondiente emitido durante los primeros cinco (5) días hábiles de iniciada la periodicidad.

El importe de la Prima se determinará en función de la suma asegurada de cada uno de los Asegurados y con base en la vigencia del Certificado respectivo.

Si la totalidad de la Prima no se paga en el plazo estipulado, los efectos del Seguro cesarán automáticamente a las doce (12:00) horas del último día del plazo.

CLÁUSULA DE BAJA DE ASEGURADOS.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la reserva de riesgos en curso de dichos Asegurados, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, dentro de los 30 días al aviso de baja.

CLÁUSULA DE ALTA DE ASEGURADOS.

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO.

Es la persona designada por el Asegurado en el Consentimiento, como titular de los derechos de indemnización al ocurrir el fallecimiento del asegurado antes o durante el proceso de la reclamación de la suma asegurada que le corresponda, siempre y cuando el Asegurado haya causado baja del servicio y cumpla con cualquiera de las opciones de retiro establecidos en las presentes Condiciones Generales.

En caso de que no se nombre Beneficiario, el importe de la indemnización será pagada a la sucesión según corresponda.

“Advertencia”:

“En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización”.

“Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al presente seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones”.

“La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada”.



CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO.

“El Contratante y/o Asegurado” o los Beneficiarios deberán notificar por escrito a “La Compañía” en el formato denominado “Solicitud de Pago” en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados, a partir de que tengan conocimiento de la realización del siniestro que ampara la Póliza, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá avisar a “La Compañía” tan pronto como cese el impedimento.

CLÁUSULA DE MONEDA.

Tanto el pago de la Prima como el de la indemnización que en su caso proceda, serán liquidables en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago.

Si en la carátula de la Póliza se denomina en moneda extranjera, la Prima y la indemnización que en su caso proceda se pagarán en términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos. En tal supuesto, las obligaciones se pagarán al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagadera en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente en el lugar y la fecha en que deba hacerse el pago correspondiente.

CLÁUSULA DE INTERÉS MORATORIO.

En el caso de que “La Compañía” no cumpla con las obligaciones asumidas en el presente Seguro al hacerse exigibles, estará obligada, aun cuando la reclamación sea extrajudicial, a cubrir la indemnización por mora que se calculará conforme a lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que al texto dice:

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

“Si una Institución de Seguros 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;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios



de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

CLÁUSULA DE NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.

Cualquier declaración o comunicación relacionada con este Seguro deberá enviarse a “La Compañía” por escrito al domicilio indicado en la carátula de la Póliza o por medios electrónicos. Las comunicaciones al Asegurado o Contratante se tendrán por válidamente hechas mediante entrega en forma personal, o en el domicilio señalado en la carátula de la Póliza o en el Certificado Individual, o por correo certificado con acuse de recibo o por medios electrónicos.

CLÁUSULA DE MODIFICACIONES AL CONTRATO.

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 210 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 al a las presente Condiciones Generales, sin que esto contravenga lo previsto en el artículo 52 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Para cualquier modificación se requiere la autorización expresa de la Dependencia.

CLÁUSULA DE FRAUDE, DOLO O MALA FE.

Además de las causas que establece la Ley sobre el Contrato de Seguro y estas Condiciones Generales, las obligaciones de “La Compañía” quedarán extinguidas en los casos siguientes:

- a. Cuando el Asegurado, Contratante o Beneficiario, incurran en actos de fraude, dolo o mala fe para obtener el aseguramiento, causar o apreciar el siniestro u obtener el pago de la indemnización.
- b. Si el Asegurado, Contratante o Beneficiario, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran hechos inexactos que excluyan o restrinjan las obligaciones de “La Compañía”.
- c. Si el Asegurado, Contratante, Beneficiario disimulan o declaran hechos inexactos o no entregan a “La Compañía” la documentación que soporte la reclamación.

En cualquiera de estos casos, el Asegurado, Contratante o Beneficiario perderán el derecho de indemnización y devolución de la Prima.

CLÁUSULA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA.

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 de la Dependencia.

CLÁUSULA DE PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Seguro prescribirán en dos (2) 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 sobre el Contrato de Seguro. El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas



declaraciones sobre el riesgo cubierto, sino desde el día en que “La Compañía” 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. En términos del artículo 66 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 CONDUSEF, 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 “La Compañía”, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

CLÁUSULA DE COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante “La Compañía” o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Lo anterior dentro del término de dos (2) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de “La Compañía” a satisfacer las pretensiones del reclamante. De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones en términos del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

“Si el contenido de la Póliza, el Certificado Individual o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado o Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.”

Este Seguro se formalizó a través de un Contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”



FOLLETO

Conoce los Derechos que tienes como Contratante, Asegurado o Beneficiario

Al contratar tu Seguro:

- * Solicitar de los agentes, empleados y apoderados de “La Compañía”., identificación oficial que los acredite como tales;
- * Solicitar se le informe sobre el importe de la Comisión o Compensación directa, que recibe el intermediario por la venta del Seguro;
- * Recibir toda la información que le permita conocer las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, el alcance de la Cobertura contratada, la forma de conservarla y la terminación del mismo.

En caso de siniestro:

- Recibir el pago de las indemnizaciones procedentes, en función de la suma asegurada, aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el plazo establecido en la CLÁUSULA DE FORMA Y PAGO DE PRIMA;
- Saber que es viable cobrar una indemnización por mora, en caso de pago inoportuno por parte de “La Compañía”, en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
- En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación a “La Compañía”, por medio de la Unidad Especializada (UNE); o bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones Estatales;
- Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico en caso de no someterse a su arbitraje;
- Conocer, a través de la CONDUSEF, si eres Beneficiario en una Póliza del Seguro de Vida, por medio del Sistema de Información Sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

Si tienes alguna queja comunícate:

- Comunícate a la Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE), Teléfono de atención: 01 (442) 238 19 08. Domicilio: Constituyentes 124 Poniente, Colonia el Carrizal, Santiago de Querétaro, Qro. C.P. 76030.

Horario de atención: En días hábiles, de lunes a viernes de las 8:00 a las 16:00 horas.

Correo electrónico: unidad_especializada@agroasemex.gob.mx.

- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en Insurgentes Sur 762, Del Valle, Ciudad de México. C.P. 03100, Teléfono: (55) 5340 0999 y (01 800) 999 8080.

Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx

En la Cláusula de Definiciones puede consultar el significado de las abreviaturas utilizadas en este Seguro.



Los diversos preceptos legales invocados en el presente Seguro se podrán consultar en la página: <http://www.gob.mx/agroasemex/documentos/normatividad-en-materia-de-Seguros-87653> o puedes contactarte con la CONDUSEF en la siguiente dirección electrónica: <http://www.gob.mx/condusef>.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Este Seguro se formalizó a través de un Contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”

FORMATOS

SOLICITUD

"Este documento sólo constituye una solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud."

DATOS DEL CONTRATANTE				
Clave		Nombre del Contratante		
Domicilio: _____				
Calle		Número Exterior / Interior		
Colonia	Ciudad / Estado		Código Postal _____	
Teléfono		Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)		
DATOS DEL GRUPO A ASEGURAR				
Nombre del Grupo _____				
Domicilio _____				
Calle _____		Número Exterior / Interior _____		
Colonia	Ciudad / Estado		Código Postal _____	
Teléfono		Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.)		
DATOS DEL SEGURO				
Cobertura	Suma	Prima	Vigencia	Edades de Admisión (años)

	Asegurada		Inicio	Término	Mínima	Máxima
<p style="text-align: center;">_____ a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">Lugar y fecha día mes año</p>						

CONTRATANTE

NOMBRE Y FIRMA

Si tienes duda:

Comunícate a la Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)
Teléfono de atención: 01(442)2381908. Domicilio: Av. Constituyentes 124 Poniente, Colonia el Carrizal, Santiago de Querétaro, Qro. CP 76030.
Horario de atención en días hábiles de lunes a viernes de 8:00 a las 16:00 horas.
Correo electrónico:
unidad_especializada@agroasemex.gob.mx

Comunícate a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Domicilio: Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Ciudad de México. C. P. 03100 Poniente, Colonia el Carrizal, Santiago de Querétaro, Qro. CP 76030.
Teléfono de atención: 01(55) 5340 0999 y (01800) 9998080
Correo electrónico:
unidad_especializada@agroasemex.gob.mx

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Este Seguro se formalizó a través de un Contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.

PÓLIZA

Póliza N°: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

DOMICILIO:

RFC:

AGROASEMEX, S. A. Pagará la suma asegurada correspondiente a la(s) cobertura(s) señaladas, siempre que la presente Póliza se encuentre en vigor al ocurrir la eventualidad prevista en este contrato, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones generales y particulares de este Contrato de seguro. El pago se hará en su caso a los Beneficiarios designados, después de recibir “La Compañía” pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este Contrato. Para Póliza se expide la presente Póliza.

DATOS DEL CONTRATANTE		
Clave	Nombre del Contratante	
Domicilio:		
	Calle	Número Exterior / Interior
Colonia	Ciudad / Estado	Código Postal
Teléfono	Registro Federal de Contribuyes (R.F.C.)	
DATOS DEL GRUPO A ASEGURAR		
Nombre del Grupo		
Domicilio:		

Calle		Número Exterior / Interior	
Colonia		Ciudad / Estado	
Código Postal			
Teléfono		Registro Federal de Contribuyes (R.F.C.)	
DATOS DEL SEGURO			
Moneda			
Cobertura		Suma Asegurada	Prima
		Vigencia	
		Inicio	Término

BENEFICIARIO. Es la persona designada por el Asegurado en el Consentimiento, como titular de los derechos de indemnización al ocurrir el siniestro sin exceder la suma asegurada convenida. En caso de que no se nombre Beneficiario, el importe de la indemnización será pagada a la Sucesión según corresponda.

_____ a _____ de _____ de _____
Lugar y fecha día mes año

NOMBRE Y FIRMA

Si tienes alguna duda: _____

Comunícate a la Unidad Especializada de Atención a Clientes (UNE)
Teléfono de atención: 01(442)2381908. Domicilio: Av. Constituyentes 124 Poniente, Colonia el Carrizal, Santiago de Querétaro, Qro. CP 76030.
Horario de atención en días hábiles de lunes a viernes de 8:00 a las 16:00 horas.
Correo electrónico: unidad_especializada@agroasemex.gob.mx

Comunícate a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Domicilio: Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Ciudad de México. C.P. 03100 Poniente, Colonia el Carrizal, Santiago de Querétaro, Qro. CP 76030.
Teléfono de atención: 01(55) 5340 0999 y (01800) 999 8080
Correo electrónico: unidad_especializada@agrosemex.gob.mx.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Este seguro se formalizó a través de un contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

Las personas que pertenezcan al Grupo o Colectividad o las personas que con posterioridad a la celebración del contrato ingresen al Grupo o Colectividad y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Póliza N°: _____ Fecha de vigencia de la Póliza: _____

Consentimiento N°: _____

GRUPO ASEGURADO						
POR MEDIO DEL PRESENTE OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUEDAR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO						
Clave: _____ Contratante _____						
DATOS DEL ASEGURADO						
					/	/
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)			Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad
Domicilio:						
Calle	N° Ext/Int	Colonia	Ciudad/Estado	C.P.	N° Teléfono	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Puesto	Nacionalidad	Sexo	RFC		CURP	
COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PRIMA	VIGENCIA DE ESTE CONSENTIMIENTO			
			Fecha Inicio		Fecha Término	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

EL ASEGURADO DEBE DESIGNAR BENEFICIARIO EN FORMA CLARA Y PRECISA PARA EVITAR CUALQUIER INCERTIDUMBRE SOBRE EL PARTICULAR.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Parentesco	% Suma Asegurada

BENEFICIARIO. Es la persona designada por el Asegurado en el Consentimiento, como titular de los derechos de indemnización al ocurrir el siniestro sin exceder la suma asegurada convenida. En caso de que no se nombre Beneficiario, el importe de la indemnización será pagada a la Sucesión según corresponda.

ADVERTENCIAS

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nota Importante:

"Una vez firmado y aceptado este Consentimiento Individual, "La Compañía" lo entregará al Contratante, y éste a su vez lo hará al Asegurado. En caso de deterioro o extravío, podrá solicitar en cualquier momento, durante la vigencia, la cancelación y reposición correspondiente."

_____ a de _____ de _____

Lugar y fecha día mes año

FIRMA DEL
PROPONENTE

FIRMA DEL
CONTRATANTE

Los diversos preceptos legales invocados en el presente seguro se podrán consultar en la página: <http://www.gob.mx/agroasemex/documentos/normatividad-en-materia-de-seguros-87653> o puedes contactarte con la CONDUSEF en la siguiente dirección electrónica: <http://www.gob.mx/condusef>

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Este seguro se formalizó a través de un contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.



CERTIFICADO INDIVIDUAL

Póliza N°: _____ Fecha de vigencia de la Póliza: _____ Certificado N°: _____

GRUPO ASEGURADO

Clave: _____ Contratante _____

DATOS DEL ASEGURADO

			/	/	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Edad

Domicilio:

Calle	N° Ext/Int	Colonia	Ciudad/Estado	C.P.	N° Teléfono
			M	F	
Puesto	Nacionalidad	Sexo	RFC	CURP	

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PRIMA	VIGENCIA DE ESTE CERTIFICADO	
			Fecha Inicio	Fecha Término
			dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

EL ASEGURADO DEBE DESIGNAR BENEFICIARIO EN FORMA CLARA Y PRECISA PARA EVITAR CUALQUIER INCERTIDUMBRE SOBRE EL PARTICULAR.

COBERTURA	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Parentesco	% Suma Asegurada

BENEFICIARIO. Es la persona designada por el Asegurado en el Consentimiento, como titular de los derechos de indemnización al ocurrir el siniestro sin exceder la suma asegurada convenida. En caso de que no se nombre Beneficiario, el importe de la indemnización será pagada a la Sucesión según corresponda.

ADVERTENCIAS

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nota Importante:

"Una vez firmado y aceptado este Certificado Individual, "La Compañía" lo entregará al Contratante, y éste a su vez lo hará al Asegurado. En caso de deterioro o extravío, podrá solicitar en cualquier momento, durante la vigencia, la cancelación y reposición correspondiente."

Testimonio de lo cual el representante de AGROASEMEX, S.A., firma el presente certificado en la ciudad de

a _____ de _____ de _____

Lugar y fecha día mes año

NOMBRE Y FIRMA

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

"Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate".

"Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, "La Compañía", dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza".

"Cuando "La Compañía" exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza".

Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades "Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, "La Compañía" restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente".

Los diversos preceptos legales invocados en el presente seguro se podrán consultar en la página:

<http://www.gob.mx/agroasemex/documentos/normatividad-en-materia-de-seguros-87653> o puedes contactarte con la CONDUSEF en la siguiente dirección electrónica: <http://www.gob.mx/condusef>



Este seguro se formalizó a través de un contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.



EXTRACTO DE LAS PRINCIPALES CLÁUSULAS.

<p>CLÁUSULA DE COBERTURAS</p>	<p>DE Básica por Retiro</p> <p>Cubre a los servidores públicos que causen baja definitiva del servicio, después de haber cumplido con el tiempo de cotización al Instituto (años de servicio), así como las edades establecidas para los diferentes supuestos de retiro de los servidores públicos de la Administración Pública Federal, el año calendario en el que se retiren y el régimen de pensiones que hayan elegido.</p> <p>Dicho seguro tiene el objetivo de que el servidor público que decida retirarse o pensionarse pueda hacer frente a las contingencias inherentes a la separación del servicio.</p> <p>Los servidores públicos protegidos mediante este Seguro quedarán Asegurados por cada plaza que ocupen, siempre y cuando no sea en una misma Secretaría.</p> <p>La suma asegurada a que tendrán derecho se determinará en función de los años de servicio e igual tiempo de cotización al Instituto, así como la edad del servidor público, a condición de que se haya cubierto la prima correspondiente en una plaza, durante la vigencia establecida en las presentes Condiciones Generales, el año calendario en el que se retiren y el régimen de pensiones que hayan elegido.</p> <p>Toda fracción de más de seis meses (seis meses 1 día) de servicios se considerará como año completo, para los efectos del otorgamiento de la suma asegurada, es decir, se refiere a años de cotización al Instituto y que sólo es aplicable para el último año de prestación de servicios, y es válido para acreditar el último año a cualquiera de los supuestos de reclamo de siniestro.</p> <p>Cuando un servidor público se retire por invalidez o incapacidad total, y además cumpla con cualquiera de los supuestos de retiro establecidos en las presentes Condiciones Generales, “La Compañía” deberá pagar la suma asegurada correspondiente de acuerdo con lo establecido en la CLÁUSULA DE SUMA ASEGURADA.</p> <p>Cuando el Asegurado haya causado baja del servicio y cumpla con cualquiera de las opciones de retiro establecidos en las presentes Condiciones Generales y por lo tanto haya adquirido el derecho a la cobertura contratada, y fallece antes o durante el proceso de la reclamación, el derecho adquirido no se verá afectado, por lo que “La Compañía” pagará la suma asegurada correspondiente y de conformidad con la materia de sucesiones en el marco de la legislación civil, siempre y cuando la autoridad competente determine para tal efecto, la calidad de heredero(s) y se presente ante “La Compañía” el documento que compruebe ese hecho.</p>
--------------------------------------	---



CLÁUSULA DE VIGENCIA

DE

La vigencia del Seguro estará en vigor durante el plazo establecido en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

CLÁUSULA DE SUMA ASEGURADA

Suma asegurada para los trabajadores que eligieron el artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto (Trabajadores que no opten por el Bono)

Los supuestos bajo los cuales se tiene derecho al cobro de la suma asegurada que corresponda, de conformidad con lo previsto en el artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto bajo el Régimen de los trabajadores que NO opten por el Bono, son:

Para los años 2024 y 2025

- a) Los trabajadores que hubieren cotizado 30 años o más y tengan una edad mínima de 58 años, y las trabajadoras que hubieran cotizado 28 años o más y tengan una edad mínima de 56 años, tendrán derecho a una suma asegurada equivalente a \$25,000.00 (VEINTICINCO MIL PESOS 00/100 M.N.).
- b) Los trabajadores que cumplan 60 años de edad o más y 15 años o más de cotización al Instituto, tendrán derecho a una suma asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:

Años de servicio y cotización al Instituto	Suma Asegurada (Pesos)
15	\$12,500.00
16	\$13,125.00
17	\$13,750.00
18	\$14,375.00
19	\$15,000.00
20	\$15,625.00
21	\$16,250.00
22	\$16,875.00
23	\$17,500.00
24	\$18,125.00
25	\$18,750.00
26	\$20,000.00
27	\$21,250.00
28	\$22,500.00
29	\$23,750.00

- c) Los trabajadores que se separen voluntariamente del servicio a los 65 años de edad o más y hayan cotizado al Instituto por un mínimo de 10 años, tendrán derecho a una suma asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:

Edad	Suma Asegurada (Pesos)
65 o más	\$12,500.00



Para el año 2026

- a) Los trabajadores que hubieren cotizado 30 años o más y tengan una edad mínima de 59 años, y las trabajadoras que hubieran cotizado 28 años o más y tengan una edad mínima de 57 años, tendrán derecho a una suma asegurada equivalente a \$25,000.00 (VEINTICINCO MIL PESOS 00/100 M.N.).
- b) Los trabajadores que cumplan 60 años de edad o más y 15 años o más de cotización al Instituto, tendrán derecho a una suma asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:

Años de servicio y cotización al Instituto	Suma Asegurada (Pesos)
15	\$12,500.00
16	\$13,125.00
17	\$13,750.00
18	\$14,375.00
19	\$15,000.00
20	\$15,625.00
21	\$16,250.00
22	\$16,875.00
23	\$17,500.00
24	\$18,125.00
25	\$18,750.00
26	\$20,000.00
27	\$21,250.00
28	\$22,500.00
29	\$23,750.00

- c) Los trabajadores que se separen voluntariamente del servicio a los 65 años de edad o más y hayan cotizado al Instituto por un mínimo de 10 años, tendrán derecho a una suma asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:

Edad	Suma Asegurada (Pesos)
65 o más	\$12,500.00

Toda fracción de más de seis meses (seis meses 1 día) de servicios se considerará como año completo, para los efectos del otorgamiento de la suma asegurada, es decir, se refiere a años de cotización al Instituto y que sólo es aplicable para el último año de prestación de servicios, y es aplicable para acreditar el último año a cualquiera de los supuestos de reclamo de siniestro.

Suma asegurada para los trabajadores que opten por el régimen de Bono de Pensión en una cuenta individual (trabajadores que opten por Bono)



	<p>Los supuestos bajo los cuales se tiene derecho al cobro de la suma asegurada que corresponda a los trabajadores que optaron por el Bono de Pensión, establecido en la Ley del Instituto, son:</p> <p style="text-align: center;">Para los años 2024, 2025 y 2026</p> <p>Para recibir la suma asegurada de \$25,000.00 (VEINTICINCO MIL PESOS 00/100 M.N.), los trabajadores deberán cumplir con 30 años o más de cotización al Instituto y las trabajadoras deberán cumplir con 28 años o más de cotización al Instituto, así como con los requisitos establecidos en la CLÁUSULA DE INDEMNIZACIONES de estas las Condiciones Generales.</p> <p>Cuando el Asegurado se retire por Invalidez o Incapacidad Total y cumpla con cualquiera de los supuestos de retiro establecidos en la presente CLÁUSULA DE SUMA ASEGURADA, “La Compañía” deberá pagar la suma asegurada correspondiente.</p>
<p>CLÁUSULA DE BAJA DE ASEGURADOS</p>	<p>Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la reserva de riesgos en curso de dichos Asegurados, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, dentro de los 30 días al aviso de baja.</p>
<p>CLÁUSULA DE ALTA DE ASEGURADOS</p>	<p>Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.</p>
<p>CLÁUSULA DE INDEMNIZACIONES.</p>	<p>➤ De acuerdo con la cobertura básica por retiro “La Compañía” pagará a los servidores públicos asegurados la suma asegurada que corresponda, a más tardar dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles, cuando el trámite se haga en la Ciudad de México y área metropolitana y diez (10) días hábiles cuando el trámite se haga en el resto de la República, contados a partir de la fecha en que se le hayan acreditado a “La Compañía” los requisitos para formular la correspondiente solicitud de pago.</p> <p>Los trabajadores que eligieron el régimen tradicional de pensiones, establecido en el artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto (trabajadores que no opten por el Bono) y los trabajadores que eligieron el régimen de cuentas individuales (trabajadores que opten por el Bono de Pensión), deberán presentar a “La Compañía” en caso de siniestro los siguientes documentos:</p>



- a) Copia simple de la Concesión de Pensión emitida por el Instituto, documento en el cual consta el otorgamiento de la Pensión al Trabajador. La fecha que debe considerarse como válida para estos documentos, es la fecha de elaboración.
- b) Copia simple de talón de pago a la fecha de la baja definitiva en el que se observe el descuento del seguro con concepto 77.
- c) Copia simple de Identificación oficial del Asegurado. Para tal efecto se puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial de elector, pasaporte vigente y cédula profesional.
- d) Copia simple de solicitud de pago del Asegurado debidamente requisitada, anotando correctamente su RFC, y confirmando el régimen de retiro que acredita (artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto o por el Bono de Pensión).
- e) Si el Asegurado desea que el pago se realice mediante depósito en su cuenta bancaria, es necesario indicarlo en su solicitud de pago y acompañar copia simple del contrato bancario o del estado de cuenta correspondiente que contenga la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), que deberá contar con una vigencia no mayor a tres (3) meses. Es decisión del asegurado el elegir la forma de pago, la cual podrá ser preferentemente mediante transferencia bancaria o cheque.
- f) Copia simple del comprobante de domicilio del Asegurado, que deberá contar con una vigencia no mayor a tres (3) meses. Para tal efecto se puede presentar cualquiera de los siguientes: predial, agua, luz, gas natural o teléfono (fijo).
- g) Copia simple del acta de nacimiento, cuya fecha de expedición no deberá ser mayor a seis (6) meses, en caso de contar con éste.

➤ Para el pago de la suma asegurada de retiro por Invalidez o Incapacidad Total del Asegurado, se deberá entregar a “La Compañía”, los requisitos mencionados en el apartado anterior de esta Cláusula. El dictamen de invalidez o incapacidad total no es un requisito que deberá solicitar “La Compañía” para el pago correspondiente.

La Compañía” pagará a los servidores públicos asegurados la suma asegurada que corresponda, a más tardar dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles, cuando el trámite se haga en la Ciudad de México y área metropolitana y diez (10) días hábiles cuando el trámite se haga en el resto de la República contados a partir de la fecha en que se le hayan acreditado a “La Compañía” los requisitos para formular la correspondiente solicitud de pago.

➤ Cuando el Asegurado haya causado baja del servicio y cumpla con cualquiera de las opciones de retiro establecidos en las presentes Condiciones Generales y fallece antes o durante el proceso de la



reclamación “La Compañía” pagará la suma asegurada correspondiente y de conformidad con la materia de sucesiones en el marco de la legislación civil, siempre y cuando la autoridad competente determine para tal efecto la calidad de heredero(s); en este supuesto, “La Compañía” pagará dentro de los cinco (5) días hábiles, cuando el trámite se haga en la Ciudad de México y área metropolitana y diez (10) días hábiles cuando el trámite se haga en el resto de la República siguientes a aquél en que se le acredite la ocurrencia del siniestro.

Para tal efecto, el o los Beneficiarios, por sí o a través de la Dependencia o Secretaría donde laboró el Asegurado, deberán entregarle la documentación siguiente:

- a) Copia certificada por el Registro Civil de acta de defunción del Asegurado.
- b) Copia simple de designación de sucesión legal emitida por la autoridad competente.
- c) Copia simple de Identificación oficial del Beneficiario. Para tal efecto se puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial de elector, pasaporte vigente y cédula profesional.
- d) Copia simple de la Concesión de Pensión emitida por el Instituto, en caso de contar con esta; documento en el cual consta el otorgamiento de la Pensión al Trabajador. La fecha que debe considerarse como válida para estos documentos, es la fecha de elaboración.
- e) Copia simple de solicitud de pago debidamente requisitada con la información del Asegurado, anotando correctamente su RFC, y confirmando el régimen de retiro que acredita (artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto o por el Bono de Pensión).
- f) Si el Beneficiario desea que el pago se realice mediante depósito en su cuenta bancaria, es necesario indicarlo en su solicitud de pago y acompañar copia simple del contrato bancario o del estado de cuenta correspondiente que contenga la Clave Bancaria Estandarizada (CLABE), que deberá contar con una vigencia no mayor a tres (3) meses.

**CLÁUSULA
BENEFICIARIO.**

DE

Es la persona designada por el Asegurado en el Consentimiento, como titular de los derechos de indemnización al ocurrir el fallecimiento del asegurado antes o durante el proceso de la reclamación de la suma asegurada que le corresponda, siempre y cuando el Asegurado haya causado baja del servicio y cumpla con cualquiera de las opciones de retiro establecidos en las presentes Condiciones Generales.

En caso de que no se nombre Beneficiario, el importe de la indemnización será pagada a la sucesión según corresponda.



<p>ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.</p>	<p>“Advertencia”:</p> <p>“En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización”.</p> <p>“Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al presente seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones”.</p> <p>“La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada”.</p> <p>“Si el contenido de la Póliza, el Certificado Individual o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado o Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.”</p>
--	--

Este Seguro se formalizó a través de un Contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.



ENDOSO DE CANCELACIÓN

DATOS PÓLIZA

Póliza N° _____ Solicitud N° _____ Certificado N°: _____ Endoso: _____ Tipo: _____

DATOS CONTRATANTE

Clave: _____ Contratante _____

Domicilio:

Calle N°Ext/Int Colonia Ciudad/Estado C.P. N° Teléfono

Con sujeción a lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, solicito la cancelación del Certificado Individual _____ a partir de esta fecha.

Estatus	Cobertura	Edad	Suma Asegurada	Prima

Vigencia		Vigencia	
Inicial	Final	Inicial	Final

AUTORIZACIÓN

Acepto que la presente solicitud de endoso forma parte de la documentación contractual del Seguro y que las modificaciones solicitadas surten efecto a partir de que la presente sea aceptada expresamente por “La Compañía”, todas las condiciones del Seguro, excepto las que solicito se modifiquen, quedaran sin alteración. La aceptación de “La Compañía” de las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que “La Compañía” remita a “El Contratante” y entrará en vigor a partir de la fecha de aceptación.

Observaciones

Testimonio de lo cual el representante de “La Compañía”., firma el presente endoso en la ciudad de:

_____ a _____ día _____ de _____ mes _____ de _____ año
Entidad Federativa

Nombre y Firma del Representate de Compañía”





Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Este Seguro se formalizó a través de un Contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.

ENDOSO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO.

DATOS PÓLIZA					
Póliza N° _____	Solicitud N° _____	Certificado N°: _____	Endoso: _____	Tipo: _____	
DATOS CONTRATANTE					
Clave: _____		Contratante _____			
Domicilio:					
Calle	N° Ext/Int	Colonia	Ciudad/Estado	C.P.	N° Teléfono
Con sujeción a lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, solicito se realice el cambio de Beneficiarios, a como se indica a continuación:					
Cobertura	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Parentesco	% Suma Asegurada
AUTORIZACIÓN					
Acepto que la presente solicitud de endoso forma parte de la documentación contractual del Seguro y que las modificaciones solicitadas surten efecto a partir de que la presente sea aceptada expresamente por "La Compañía", todas las condiciones del Seguro, excepto las que solicito se modifiquen, quedaran sin alteración. La aceptación de "La Compañía" de las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que "La Compañía" remita a "El Contratante" y entrará en vigor a partir de la fecha de aceptación.					
Observaciones					

Testimonio de lo cual el representante de "La Compañía"., firma el presente endoso en la ciudad de:

_____ a _____ de _____ de _____
Entidad Federativa día mes año

Nombre y Firma del Representante de "La Compañía"



Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Este Seguro se formalizó a través de un Contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.



ENDOSO MODIFICACIÓN Y/O CORRECCIÓN

DATOS PÓLIZA

Póliza N° _____	Solicitud N° _____	Certificado N°: _____	Endoso: _____	Tipo: _____
-----------------	--------------------	-----------------------	---------------	-------------

DATOS CONTRATANTE

Clave: _____	Contratante _____
--------------	-------------------

Domicilio:

Calle	N° Ext/Int	Colonia	Ciudad/Estado	C.P.	N° Teléfono
-------	------------	---------	---------------	------	-------------

Con sujeción a lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, entra en vigor el presente endoso de modificación del Certificado N° _____ a partir de esta fecha.

Concepto		Dice	Debe decir
Nombre	<input type="checkbox"/>		
Domicilio	<input type="checkbox"/>		
RFC	<input type="checkbox"/>		
Teléfono	<input type="checkbox"/>		
Clave	<input type="checkbox"/>		

Concepto		Dice	Debe decir
Nombre	<input type="checkbox"/>		
Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/>		
Edad	<input type="checkbox"/>		
RFC	<input type="checkbox"/>		
CURP	<input type="checkbox"/>		
Sexo	<input type="checkbox"/>		
Nacionalidad	<input type="checkbox"/>		
Cobertura	<input type="checkbox"/>		
Ocupación	<input type="checkbox"/>		
Teléfono	<input type="checkbox"/>		

AUTORIZACIÓN

Acepto que la presente solicitud de endoso forma parte de la documentación contractual del Seguro y que las modificaciones solicitadas surten efecto a partir de que la presente sea aceptada expresamente por la Compañía, todas las condiciones del Seguro, excepto las que solicito se modifiquen, quedaran sin alteración. La aceptación de la Compañía de las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que la Compañía remita a "el Contratante" y entrará en vigor a partir de la fecha de aceptación.

Observaciones



Testimonio de lo cual el representante de la AGROASEMEX, S.A, firma el presente endoso en la ciudad de:

_____ a _____ de _____ de
Entidad Federativa día mes año

Nombre y Firma del Representante de la Compañía

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Este Seguro se formalizó a través de un Contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.



SOLICITUD DE PAGO

DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°		Certificado Individual N°	
Nombre del Asegurado			
	Apellido Paterno (s)	Apellido Materno	Nombre
Domicilio			
	Calle C.P.	No. Exterior /	Colonia Ciudad / Estado
Cobertura Asegurada			
Suma Asegurada			
Fecha de nacimiento	___ / ___ / _____ (dd / mm / aaaa)		
Lugar de nacimiento			
Edad			

DATOS DEL SINIESTRO

La presente tiene como objetivo solicitar en mi carácter de Asegurado y/o Beneficiario, la indemnización de la suma asegurada correspondiente, derivado del retiro en forma definitiva del servicio activo por pensión o jubilación de:

Fecha en que causó baja definitiva por pensión o jubilación	___ / ___ / _____ (dd / mm / aaaa)		
R.F.C del asegurado (con homoclave si la tiene)			
Régimen de retiro	Artículo 10 transitorio de la ley del ISSSTE (opción sin bono)		
	Bono de Pensión en una cuenta individual (opción con bono)		
Unidad administrativa	Fecha de alta en la Administración Pública	___ / ___ / _____ (dd / mm / aaaa)	
Antigüedad comprobada de acuerdo a la hoja única de servicios	___ / ___ / _____ (dd / mm / aaaa)		
Nombre de Beneficiario			

DATOS DEL PAGO DEL SEGURO

Pagado a:			
Monto Total Pagado (número y letra)			
Fecha expedición	___ / ___ / _____ (dd/mm/aaaa)		
Siniestro N°	Fecha de siniestro:	___ / ___ / _____ (dd / mm / aaaa)	
Póliza N°		Certificado Individual N°	
Contratante		Clave:	

DATOS DEL DEPÓSITO BANCARIO



Por medio de la presente solicito y autorizo a la Compañía, para que el Pago de la reclamación de la Póliza y/o Certificado Individual de Seguro contratado con dicha Compañía, me sea depositado en la siguiente cuenta bancaria:

Nombre el Banco		N° Plaza	
N° de cuenta CLABE (18 dígitos)		N° Sucursal	
Nombre Completo del titular de la cuenta bancaria			
RFC			

Nota: Estimado Beneficiario, es importante que escriba el número de cuenta completo (no deberá quedar ningún espacio en blanco). Escribir un solo número de cuenta, esto con el propósito de ayudarnos a servirle como usted se merece. La Compañía no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto y no incurrirá en el pago de garantías ni en ninguna responsabilidad. La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco. Consta de 18 posiciones y se utiliza en transacciones interbancarias.

Con el comprobante de transferencia exitosa (digital o físico) a la cuenta antes mencionada, reconozco que se ha efectuado el pago, y otorgo a la Compañía, el más amplio finiquito que en derecho proceda, por esta reclamación, por lo que no me reservo derecho o acción alguna que ejercitar en contra de la Compañía.

La reclamación arriba citada ha sido debidamente atendida por ustedes y a mi entera satisfacción, en vista de lo cual hago (hacemos) constar en este documento que libero a la Compañía de cualquier responsabilidad futura que pudiera presentarse con motivo de la citada reclamación.

Declaro bajo protesta de decir verdad que toda la información aquí vertida corresponde a la realidad, haciéndome responsable de la misma y liberando a la Compañía de su uso para los fines de este finiquito.

Lugar y fecha: _____ a _____ de _____ de _____

Nombre y Firma del
Asegurado o Beneficiario
de conformidad y
aceptación

Este Seguro se formalizó a través de un Contrato de “No Adhesión”.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0074-0053-2024”.