

Ciudad de México, a 19 de enero de 2023



UACM/CSA/SRH/C-0002/2023

Asunto: *POLIZA SEGURO DE VIDA.*

A TODOS Y TODAS LAS TRABAJADORAS DE LA UACM

P R E S E N T E

En cumplimiento de la cláusula 45-bis "Seguro de Vida" del Contrato Colectivo de Trabajo 2021-2022 de esta Casa de Estudios, hago de su conocimiento la Póliza de Seguro de Vida Colectivo Institucional contratado con la Aseguradora Seguros Argos, S.A. de C.V. cuyos datos son:

Póliza No. G040090021203

Vigencia de la póliza desde el 01-01-2023 hasta el 31-12-2023

No omito mencionar que de acuerdo a la cláusula 45-TER del Contrato Colectivo de Trabajo, es responsabilidad de los trabajadores designar ante esta Casa de Estudios a personas beneficiarias de su seguro de vida, mediante formato designado para ello, mismo que se anexa, dicho formato debe ser entregado en la Subdirección de Recursos Humanos, quien entregará original sellado por esta Subdirección, la cual se recomienda entregar al beneficiario.

Es importante hacer mención que los trabajadores que en el año 2021 y 2022 realizaron la actualización de beneficiarios no es necesario que acudan a realizar dicha actualización, para aquellos trabajadores que no realizaron la actualización o quieran cambiar de beneficiarios pueden acudir en cualquier momento a la oficina de la Subdirección de Recursos Humanos a realizarla.

En caso de fallecimiento del trabajador el beneficiario deberá presentarse en las oficinas de dicha Subdirección para entregar el multicitado formato sellado previamente por la Subdirección, con la finalidad de iniciar el reclamo de seguro de vida.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


LIC. MARÍA ELENA ZARAGOZA OLGUÍN
SUBDIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS



Doctor García Diego 168, colonia Doctores, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México,
código postal 06720, teléfono 55 1107 0280 extensión 16701
correo electrónico recursos.humanos@uacm.edu.mx
www.uacm.edu.mx



Póliza de SEGURO
DE GRUPO VIDA
DEL GRUPO ASEGURABLE

Nombre del Contratante UNIVERSIDAD AUTONOMA DE LA CIUDAD DE MEXICO					Póliza No. G040090021203	
Domicilio del Contratante DR. GARCIA DIEGO 168 Col. DOCTORES C.P.06720 CUAUHTEMOC, CDMEX					Vigencia de la Póliza Desde Día Mes Año 01 01 2023 Hasta 31 12 2023	
Moneda	Número de Asegurados	Prima Neta Según Vigencia	Financiamiento por Pago Fraccionado	Gastos de Expedición de Póliza	Prima Total Según Vigencia	
NACIONAL	1596	16,144,470.00	0.00	1,000.00	16,145,470.00	
<p>Descripción del Grupo Asegurado: PERSONAL ACTIVO AL SERVICIO DEL CONTRATANTE QUE NO SE ENCUENTRE SUJETO O EN PROCESO DE INVALIDEZ Y/O INCAPACIDAD Y/O QUE NO TENGA LA CALIDAD DE AUSENTE Y/O RESPECTO DEL CUAL NO EXISTA TRAMITE PARA DECLARAR SU CALIDAD DE AUSENTE Y/O TRAMITE PARA DECLARAR SU PRESUNCION DE MUERTE AL MOMENTO DE LA CELEBRACION DEL PRESENTE CONTRATO.</p> <p>Características: La vigencia de la cobertura inicia el 01/01/2023 a las 12:00 horas y termina el 31/12/2023 a las 12:00 horas. REGLA DE SUMA ASEGURADA: 40 MESES DE SUELDO BASE BENEFICIO ADICIONAL SIN COSTO: ASISTENCIA ARGOS ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD TERMINAL HASTA DEL 50% FORMA DE ADMINISTRACION: AUTOADMINISTRADA POLIZA SIN DIVIDENDOS SUMA ASEGURADA MAXIMA INDIVIDUAL: \$7,000,000.00 M.N.</p>						
Coberturas		Suma Asegurada Total		Edades de Aceptación		
BASICA POR FALLECIMIENTO		2,766,833,295.00		15 A 99		
BENEFICIOS ADICIONALES: PAGO ANTICIPA DE SA X INVA		2,766,833,295.00		15 A 99		
Forma de Pago		MEN S R				
<p>Advertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe de 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.</p> <p>Los siguientes endosos forman parte de esta póliza</p>						
<p>ARTICULO 25.- 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 sus modificaciones. Seguros Argos, S.A. de C.V. (Argos) pagará los beneficios convenidos en cada una de las coberturas contratadas, de acuerdo con lo estipulado en esta póliza, siempre y cuando la misma se encuentre en vigor.</p> <p>En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la LISF, el producto de seguro denominado ARGOS SD quedo registrado ante la CNSF, a partir del día 10 de Octubre de 2012. Con el número CNSF-S0060-0526-2012. Registrado en la CONDUSEF con el número CNSF-S0060-0526-2012/CONDUSEF-000405-01 con fecha 10/02/2017</p> <p>Cd. de México a 30 de Enero de 2023. Lugar y Fecha de impresión de este documento</p>						

Seguros Argos, S.A. de C.V.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
 DEL SEGURO CONTRATADO POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
 A FAVOR DE SUS TRABAJADORES

FOLIO _____

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE ESTE DOCUMENTO, LLENAR A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE, CON TINTA NEGRA O AZUL SIN TACHADURAS O ENMENDADURAS, NO UTILIZAR CORRECTOR NI PAPEL CARBÓN.

SUMA ASEGURADA
 LA QUE ESTE EN VIGOR EN EL MOMENTO DE OCURRIR EL SINIESTRO, DE ACUERDO CON EL CONTRATO RESPECTIVO

1.- DATOS QUE DEBE LLENAR EL ASEGURADO

NOMBRE _____
 APELLIDO PATERNO* _____ APELLIDO MATERNO* _____ NOMBRE (S)* _____

RFC* _____ **CURP*** _____

DOMICILIO PARTICULAR DEL ASEGURADO* _____

SEXO DEL ASEGURADO M * F *

DATOS QUE DEBERAN LLENARSE POR LOS BENEFICIARIOS AL MOMENTO DEL SINIESTRO
 Expresamente otorgo a _____ mi consentimiento para ser asegurado durante la vigencia del correspondiente contrato de seguro así como de aquel (los) que en el futuro llegue a concertar en favor del contratante de esta póliza y para aquel (los) beneficio (s) adicional (es) o incremento (s) de suma asegurada que se concerté (n) en mi favor.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS: Para el caso en que sea una persona distinta del propio asegurado, así como para aquel (los) seguro (s) que en el futuro se concerté (n) en su favor, incluyendo la contratación (es) de beneficio adicional (es) o incremento (s) de suma asegurada. Se recomienda al asegurado que haga su designación en forma sencilla anotando nombre completo de cada uno de sus beneficiarios.

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 deben asignarse tutores, albaceas representante de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato del seguro como 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 como beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

2.- DATOS QUE DEBE REQUISITAR EL ASEGURADO

	NOMBRE (S) Y APELLIDOS COMPLETOS*	DESIGNACION DE BENEFICIARIOS	PARENTESCO*	PORCENTAJE*
1.-	_____	_____	_____	_____
2.-	_____	_____	_____	_____
3.-	_____	_____	_____	_____
4.-	_____	_____	_____	_____
5.-	_____	_____	_____	_____

LA ASEGURADORA: Pagará la suma asegurada que corresponda de acuerdo con los términos del respectivo contrato de seguro, a los beneficiarios que consten en la última designación que obre en su poder, quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

La Subdirección de Recursos Humanos de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, con domicilio en calle Doctor García Diego número 168, colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, código postal 06720, Ciudad de México, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de datos personales denominado "Sistema de Datos Personales de los Recursos Humanos de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México". Los datos marcados con un asterisco () son obligatorios y sin ellos no podrá completar el trámite de designación de beneficiarios. Asimismo se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas por la Legislación que regule la protección de datos personales. De igual forma, se menciona que los datos personales que recibamos serán utilizados con la finalidad de llevar a cabo la integración de expedientes personales de cada uno de los empleados contratados por nómina o por honorarios en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como la administración de la nómina, prestaciones y movimientos del personal. De manera adicional, los datos recabados se utilizarán para generar estadísticas e informes, los cuales serán sometidos al procedimiento de disociación, por consiguiente, no permitirán la identificación de la persona titular de los mismos. Asimismo, los datos personales pueden ser transferidos sin el consentimiento del Titular, a: Auditoría Superior de la Ciudad de México, Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, al Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, Órganos Jurisdiccionales, para dar cumplimiento a los requerimientos que realicen a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México en el ejercicio de sus atribuciones, así como en los demás supuestos establecidos en el artículo 22 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como 16 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y demás normatividad que resulte aplicable.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de sus datos personales (derechos ARCO), así como la revocación del consentimiento directamente ante la Unidad de Transparencia de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, ubicada en ubicada en Dr. García Diego 168, planta baja, colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, código postal 06720, Ciudad de México, con número telefónico 5511070280 extensiones 16410 y 16411, o bien, a través del Sistema INFOMEX (www.infomexdf.org.mx) o la Plataforma Nacional de Transparencia (http://www.plataformadetransparencia.org.mx/), o a través del correo electrónico oficial unidad.transparencia@uacm.edu.mx. Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al TEL-INFO (55 56 36 46 36). Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, o ingresar a la página de internet www.uacm.edu.mx. Por lo que estando de acuerdo con lo anterior, procede a su firma.

 Ciudad de México

FECHA _____

SELLO DE RECEPCIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

FIRMA O HUELLA ORIGINAL DEL ASEGURADO