



Ciudad de México a 25 de junio de 2020
CG_20_000230_VLC_006

INSTITUTO ESTATAL PARA LA EDUCACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS

PRESENTE

Hago referencia a la solicitud de cotización para la contratación del Seguro Institucional de Vida Grupo., a favor de los Trabajadores Adscritos al INSTITUTO ESTATAL PARA LA EDUCACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS, sobre el particular y con toda atención le comunicamos los siguientes resultados:

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
Contratante	INSTITUTO ESTATAL PARA LA EDUCACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS (DE JALISCO)
No. de Póliza	Nuevo Negocio
Vigencia de la Póliza	ANUAL La fecha de inicio de cobertura será la fecha en la cual MetLife tenga conocimiento de la aceptación de esta propuesta que por escrito presente el contratante, siempre que la oferta se encuentre vigente a la fecha de notificación de aceptación.
Subgrupo	1). Subgrupo de 40 veces el sueldo mensual. 2). Subgrupo de 50 veces el sueldo mensual.
Colectividad Asegurada: (Especificar características particulares o especiales)	PERSONAL DE BASE, CONFIANZA Y MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES DEL INSTITUTO ESTATAL PARA LA EDUCACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS (DE JALISCO)
Número Total de Asegurados (conforme al listado inicial proporcionado por el contratante)	1) 258 2) 25 Total: 283
Porcentaje del número de asegurados necesario para garantizar la cotización	100% (con una variación de +/-10% con respecto al número de asegurados cotizado por subgrupo)
Forma de Pago de la Prima	ANUAL
Vigencia de la Propuesta	La vigencia de la oferta contenida en este documento (SATI), es de 60 días naturales contados a partir de la fecha de esta propuesta.

MetLife México, S.A.

Avenida Insurgentes Sur No. 1457, Pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez,
C.P. 03920, Ciudad de México, Teléfono: (0155) 5328 7000,
Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) www.metlife.com.mx

Distribución del pago de Primas	Contratante: 100% Asegurado: 0%
Este seguro garantiza prestaciones u obligaciones del contratante (SI / NO)	SI
Esquema de Administración de la póliza respecto de consentimientos, designación de beneficiarios y entrega de certificados	Póliza Autoadministrada (SI)

El Contratante debe declarar todos los aspectos importantes para la apreciación del riesgo, tal como lo conozca o deba de conocer

COBERTURAS	REGLA DE SUMA ASEGURADA
	Subgrupo 1 Subgrupo 2
Cobertura Básica	40 veces el sueldo total (incluye compensación garantizada)
Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente**	50 veces el sueldo total (incluye compensación garantizada)

**El pago de la suma asegurada de la cobertura de vida excluye el de la invalidez total y permanente y, el de esta última, al primero.

Con base en la información proporcionada en su solicitud para el Seguro Institucional de Vida Grupo, remitimos la cotización correspondiente:

CONCEPTO	Subgrupo 1	Subgrupo 2
	DESCRIPCIÓN	
Prima en porcentaje de sueldo total mensual	1.84%	2.77%
Monto Total de Prima Neta por la vigencia*	\$515,369.38	\$64,903.91

*Esta prima considera sólo el número de asegurados mencionado anteriormente.

Se podrá elegir incremento de suma asegurada para el personal que cuente con suma asegurada de 40 veces el sueldo mensual:

SUMA ASEGURADA	DESCRIPCIÓN
68 veces el sueldo total (incluye compensación garantizada)	2.00%

Es importante señalar las siguientes consideraciones:

Esta cotización se realizó con la información de distribución de asegurados proporcionada por el Contratante al área de Ventas Institucional Público, por lo que en caso de aceptación de la cotización si la información cambia al momento de la emisión, se deberá aplicar la "prima expresada en porcentaje del salario mensual" al nuevo monto de "nómina mensual".



Edades de Aceptación y Cancelación.

Límites de edad	Fallecimiento	Invalidez Total y Permanente
Aceptación:	De 15 a 99 años	De 15 a 64 años
Cancelación:	Sin Limite	A los 65 años

Cabe señalar que en la Cobertura de Invalidez Total y Permanente no se incluye a 9 asegurados por estar fuera de los límites de edad de aceptación.

En lo correspondiente a la cobertura de Invalidez Total y Permanente, los costos que se presentan en esta cotización están basados suponiendo que la constancia del dictamen de incapacidad total y permanente sea expedida por el ISSSTE, en caso contrario el presente costo puede variar.

El costo presentado corresponde a forma de pago ANUAL, y en caso de que la prima solicitada por el Contratante sea de forma mensual, trimestral o semestral se aplicará la tasa de recargo por pago fraccionado correspondiente.

FORMA DE PAGO	RECARGO
Mensual	7.80%
Trimestral	6.0%
Semestral	4.0%

Instrucción operativa:

El Contratante deberá remitir a la Aseguradora la **actualización del registro de asegurados**, así como montos de s.a. de la cual podrían ser objeto en caso de siniestro conforme lo dispone el artículo 13 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades al final de cada mes el listado de asegurados que consigne nombre, R.F.C o fecha de nacimiento, sexo, puesto y suma asegurada o regla (sueldo total que incluye compensación garantizada).

En caso de siniestro aquel asegurado que no se encuentre en el registro de asegurados actualizado no será objeto de cobertura, así también si existe discrepancia entre el sueldo declarado que sirve de base para el pago de prima, si éste es menor al indicado en el recibo de pago, prevalecerá el establecido en el registro de asegurados.

En caso de proceder la presente propuesta, atendiendo al propósito de hacer llegar de manera inmediata los beneficios del seguro, en tanto se obtienen los consentimientos y designación de beneficiarios de los asegurados para esta póliza, la última designación de beneficiarios realizada en los formatos de la aseguradora anterior, hecha por tales asegurados, tendrá plena validez para los beneficios derivados de la presente póliza, en caso de fallecimiento de los asegurados protegidos mediante la misma, siempre que no exista designación en el formato de "LA ASEGURADORA" elaborado para esta póliza.

Es importante señalar que en caso de que el Contratante acepte la presente propuesta, le solicito nos lo haga saber para proceder al respecto. Asimismo, cabe hacer mención, que la fecha de inicio de vigencia de la póliza no podrá ser retroactiva; en todo caso, su inicio podrá ser a partir de la fecha de la Carta de Aceptación del Contratante para este documento.

MetLife México, S.A.

Avenida Insurgentes Sur No. 1457, Pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez,
C.P. 03920, Ciudad de México, Teléfono: (0155) 5328 7000,
Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) www.metlife.com.mx

La determinación de las condiciones y costos del estudio se efectuaron con base en la información proporcionada, por lo que de cambiar ésta, cambiará la cotización y los costos.

Esta propuesta queda sujeta a la aprobación de recursos presupuestales para el Cliente y en función del seguro de personas que en la misma se indica, así como a la no contravención de disposiciones legales en materia de austeridad. En caso de que el Cliente no obtenga el presupuesto señalado o bien, la contratación del seguro se ubique en algún supuesto de contravención a la legislación vigente, MetLife quedará deslindada sin responsabilidad o compromiso alguno, a partir del momento en que esta tenga conocimiento de dicho supuesto.

De conformidad a su instrucción, el esquema de administración de la póliza de seguro propuesta en lo referente a consentimiento para ser asegurado, designación de beneficiarios, entrega de certificados individuales, altas y bajas del grupo, será el de Auto-administración a su cargo.

Para la emisión de esta póliza será necesario que el contratante manifieste su aceptación a esta oferta e indique adicionalmente la recepción de: El Folleto explicativo sobre los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro. Y la confirmación de su Aceptación para que la documentación contractual del seguro le pudiera ser entregada en algún medio electrónico o bien enviado a su Correo Electrónico, indicando la dirección de este.

"Se anexa Folleto de Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios, documento que se encuentra registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

"El contratante, con la aceptación de la presente propuesta, se obliga a entregar o actualizar el expediente de identificación del INSTITUTO ESTATAL PARA LA EDUCACIÓN DE JÓVENES Y ADULTOS con lo cual dará cumplimiento a lo establecido en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, publicadas en el Diario Oficial de la Federación con fecha 4 de abril de 2013".

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el monto de prima establecido para el periodo de vigencia del seguro propuesto se adeudará en su totalidad aun cuando esta aseguradora no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo.

Para cualquier duda o aclaración al respecto, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE



STEPHANIE VELAZQUEZ CALDERÓN
GERENTE COMERCIAL
NEGOCIO INSTITUCIONAL PUBLICO