

SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA.

El Gobierno del Estado por conducto de la Secretaría de Finanzas y Planeación, tiene contratada con la compañía aseguradora ACE Seguros, S.A., la póliza para el otorgamiento del Seguro Institucional en su cobertura de vida, en favor de sus trabajadores de base y contrato, equivalente a 40 meses de sueldo tabular devengado por el trabajador, en apego a lo contemplado en la Cláusula 77 de las Condiciones Generales de Trabajo y su cargo se hace a la partida 1404 correspondiente al Seguro Institucional.

Adicionalmente, a los trabajadores de la Secretaría de Seguridad Pública que se desempeñan con categoría de policías se les otorgan 20 meses más de su sueldo tabular por concepto de ésta prestación.

SOLICITUD Y PAGO DEL SEGURO INSTITUCIONAL POR FALLECIMIENTO.

SOLICITUD:

Los beneficiarios de los trabajadores que fallezcan en activo deberán gestionar (de manera directa ó por conducto del sindicato) ante la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, el pago del Seguro Institucional por Fallecimiento, presentando:

- Formato de reclamación de siniestro (Véase Formato A).
- Designación de beneficiarios con firma autógrafa.
- Acta de defunción en original o copia certificada por el registro civil.
- Acta de matrimonio o constancia de concubinato en original o copia certificada por autoridad competente.
- Acta de nacimiento del asegurado en original o copia certificada por el registro civil.
- Acta de nacimiento de beneficiarios en original o copia certificada por el registro civil.
- Aviso de movimiento de personal de baja por Fallecimiento, en original o copia certificada.
- Copia del último recibo de nómina, talón de cheque o notificación de depósito.
- Constancia de último sueldo, en original.
- Copia fotostática de credencial de elector del asegurado y de los beneficiarios (IFE).
- Copia fotostática de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA.

PAGO:

El pago se realizará a través de cheque emitido por la compañía aseguradora, en el Departamento de Seguridad Social de la Subdirección de Recursos Humanos en la Secretaría de Finanzas y Planeación.

NOTA

- El término para solicitar el pago de esta prestación ante la Compañía Aseguradora prescribe en dos años, a partir de la fecha en que ocurrió el siniestro (Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro), por lo que el trámite ante la Secretaría de Finanzas y Planeación, deberá realizarse por lo menos, con un mes de anticipación a la fecha de prescripción.
- En caso de muerte accidental o violenta del trabajador, se requiere actuaciones del Ministerio Público (originales o copias certificadas).
- De no contar con designación de beneficiarios, se deberá promover un juicio sumario in testamentario.
- En caso de beneficiarios menores de edad, se requiere carta de responsabilidad de tutoría para cada menor (Véase Formato B).

ESTOS TRÁMITES SON GRATUITOS.

SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA.

Formato A

Reclamación para Pago de Siniestro

Xalapa, Ver., a _____ de _____ del 200__

ACE SEGUROS
P R E S E N T E

El que suscribe C. (**nombre del asegurado**), de ocupación (**profesión, oficio ó actividad que desempeñe**), con domicilio en (**Calle, Número Exterior / Interior, Colonia, C.P.**) en (**Ciudad**) por medio del presente, solicito a usted sea tan amable de girar instrucciones a quien corresponda, para que me sea pagado el Seguro Institucional por (**tipo de siniestro Invalidez o Fallecimiento**).

Atendiendo de antemano su atención que sirva darle el presente y con la finalidad de verme favorecido, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

C. (Nombre y Firma del Beneficiario)

SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA.

Formato B

Carta de Responsabilidad de Tutoría del Seguro Institucional



ace seguros

Lugar y Fecha: _____

ACE SEGUROS, S.A.
P R E S E N T E.

Ref: Siniestro N° _____

Estimados Señores:

Por este medio me dirijo a Ustedes para informarles "bajo protesta de decir verdad" que soy la única persona que tiene la custodia y patria potestad de mi menor **[Nombre(s) del beneficiario menor de edad]** de apellidos **[Apellidos del beneficiario menor de edad]** razón por la que reclamo la indemnización correspondiente.

Reitero a ACE Seguros, S.A. que en caso de faltar a la verdad, independientemente de los ilícitos que pudieran tipificarse en materia penal, me obligo a devolverles en un plazo de cinco días a partir de la fecha de requerimiento, la cantidad pagada y recibida indebidamente, con el importe de los daños y perjuicios que les hubiera causado.

Atentamente.

Firma: **(Firma del tutor legal del beneficiario menor de edad)**

Nombre: **(Nombre del tutor legal del beneficiario menor de edad)**

Identificación: Credencial de elector número de Folio

TESTIGO

TESTIGO

(Nombre y firma de dos testigos)
