

ACLARACIONES DE LAS DUDAS Y PREGUNTAS FORMULADAS RESPECTO DE LA LICITACIÓN IEPC-L-01/2019

PREGUNTAS	RESPUESTA
AFIRME SEGUROS	
1. Se le solicita a la Convocante proporcionar la siniestralidad detallada actualizada por cobertura, Monto, Fecha ocurrido, fecha reportado mínimo de las últimas cinco vigencias.	Este Instituto no ha tenido siniestros en los últimos cinco años.
2. Se le solicita a la Convocante informar si actualmente existen siniestros ocurridos pendientes por tramites y que no se han reportado a la compañía de seguros	Este Instituto actualmente no tiene siniestros.
3. Se le solicita a la Convocante confirmar si en el listado de participantes están incluyendo a personal jubilado y pensionado o personal en proceso o estado de invalidez, si es el caso favor de indicar quienes son los participantes con dichas características.	El seguro de vida es únicamente al personal de base.
4. En relación a la pregunta anterior, en caso de incluir a personal jubilado y pensionado se le solicita a la convocante confirmar que para este subgrupo solo se amparan por la cobertura de Fallecimiento	No aplica, el seguro de vida es únicamente al personal de base.
5. Se le informa a la convocante que las edades de aceptación que tenemos registradas ante la CNSF y son las siguientes: BASICA - FALLECIMIENTO desde 15 años hasta 70 años, cancelación sin límite mientras siga perteneciendo al grupo asegurado BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL desde 15 hasta 69 años, con cancelación a los 70 años. BENEFICIOS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE desde 15 hasta 64 años, con cancelación a los 65 años.	Fallecimiento sin límite de edad. Sin límite de edad. Sin límite de edad.
6. Formato de Designación de Beneficiarios; Se solicita a la convocante confirmar si actualmente se llena los formatos de consentimiento de la compañía adjudicada, en caso contrario pronunciarse al respecto.	Es correcto, actualmente se llenan formatos.
7. Se le solicita a la Convocante indicar que institución médica dictamina la invalidez total y permanente.	El dictamen de Invalidez o Incapacidad total o permanente será emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

<p>8. Solicitamos a la convocante indicar que en caso de existir controversia para dictaminar la invalidez total y permanente se podrá considerar la participación de nuestro médico examinador, si no se llegara a ningún consenso en mutuo acuerdo, se designará un médico perito certificado en medicina del trabajo para dictaminar la invalidez total y permanente.</p>	<p>La aseguradora no podrá hacer una valoración médica de Invalidez, ésta tendrá que ser emitida por la autoridad médica competente, y en el caso de existir controversia la autoridad competente tendrá que nombrar un perito experto en la materia para que aclare dicha controversia.</p>
<p>9. Se le solicita a la convocante informar si tiene conocimiento casos de empleados desaparecidos o casos de declaración de ausencia, de ser afirmativo favor de proporcionar el listado con Nombre, fecha de Nacimiento y sueldo mensual.</p>	<p>Este Instituto no tiene conocimiento.</p>
<p>10. Se le solicita a la convocante proporcionar el techo presupuestal.</p>	<p>\$255,554.00 (doscientos cincuenta y cinco mil quinientos cincuenta y cuatro pesos 00/100).</p>
<p>11. Se le solicita a la convocante indicar la fecha de inicio de vigencia o en su acaso la fecha de adjudicación.</p>	<p>Iniciaría a partir de su adjudicación por un periodo comprendido de un año, incluido el mes de gracia correspondiente.</p>
<p>12. Favor de ratificar que para todos aquellos conceptos no descritos en las Bases de la presente licitación y la Junta de Aclaraciones, operaran las condiciones generales de la compañía adjudicada prevaleciendo las condiciones particulares solicitadas por el contratante. Favor de pronunciarse al respecto.</p>	<p>Sí, es correcto.</p>
<p>13. Con respecto a la Partida 1, sugerimos la siguiente documentación para realizar la reclamación de las siguientes coberturas, favor de pronunciarse al respecto:</p> <p>Fallecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consentimiento original firmado por el Asegurado <input type="checkbox"/> Original o copia certificada ante notario del Acta de defunción <input type="checkbox"/> Copia del Certificado de Defunción <input type="checkbox"/> Original o copia certificada ante notario del Acta de Nacimiento del asegurado <input type="checkbox"/> Declaración requisitada por el o los beneficiarios 	<p>Si la documentación recomendada se encuentra establecida en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas será proporcionada en su momento.</p>

□ Declaración requisitada por el médico que atendió al asegurado durante su enfermedad, o bien, el que extendió el Acta de Defunción

□ Si el beneficiario es el cónyuge, original del Acta de Matrimonio

□ Para cualquier otro beneficiario, original o copia certificada ante notario del Acta de Nacimiento.

□ En caso de que el Beneficiario sea menor de edad, Carta Notariada de Patria Potestad

□ Copia de la credencial de elector o pasaporte vigente del Asegurado y Beneficiario(s)

□ Ultimo recibo de nómina firmado por el asegurado, cuota pagada a la asociación o cualquier otro documento que indique la pertenencia del asegurado a la colectividad y/o poder determinar la suma asegurada alcanzada por el asegurado a la fecha del siniestro

□ Comprobante de Domicilio del (los) beneficiario(s) no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión.

En caso de muerte accidental, las averiguaciones del Ministerio Público deben estar integradas por lo siguiente: la Averiguación Previa, Identificación del Cadáver, Necropsia, Parte del Tránsito en caso de Accidente Automovilístico, Exámenes Toxicológicos y Conclusiones.

Invalidez Total y Permanente

□ Consentimiento del Seguro de Vida

□ Original o copia certificada ante notario del acta de nacimiento del asegurado

□ Copia de la identificación oficial del asegurado

<ul style="list-style-type: none"> □ Constancia de Clave Única del Registro de Población del asegurado □ Llenado del formato de declaración de Invalidez 2 □ Dictamen Médico de Incapacidad Total y Permanente □ Historial Clínico donde se describa el origen del estado de invalidez □ Ultimo recibo de nómina firmado por el asegurado, cuota pagada a la asociación o cualquier otro documento que indique la pertenencia del asegurado a la colectividad y/o poder determinar la suma asegurada alcanzada por el asegurado a la fecha de la invalidez □ Comprobante de Domicilio del asegurado no mayor a tres meses contados a partir de la fecha de su emisión. <p>En caso de Invalidez Accidental, la misma documentación requerida para "Invalidez" e incluir Actuaciones completas del Ministerio Público en copias certificadas.</p>	
<p>14. Confirmar si existe plazo para determinar la procedencia del siniestro y para realizar el pago de la suma asegurada, favor de pronunciarse al respecto.</p>	<p>La fecha de siniestro será la establecida en el dictamen médico otorgada por la Institución que dictamine. El pago será inmediatamente después de dictaminado el siniestro.</p>
SEGUROS DE VIDA SURA MÉXICO, S.A. DE C.V.	
<p>1. Solicito amablemente a la convocante proporcionar el listado de participantes en Excel.</p>	<p>Se adjunta.</p>
<p>2. Solicito amablemente a la convocante confirmar que con estar dada de alta mi representada en el padrón de proveedores en el Gobierno del Estado de Jalisco es suficiente para nuestra participación.</p>	<p>Si es correcto, es suficiente estar de alta en el padrón de proveedores del Gobierno del Estado de Jalisco.</p>
<p>3. En caso de que sea negativa su respuesta, favor de enviar los requisitos para nuestra alta, ya que no están en la página.</p>	<p>No aplica.</p>
<p>4. Favor de confirmar si cuentan con siniestros pendientes de documentar, indicar cantidad de casos.</p>	<p>Este Instituto Electoral no ha tenido siniestralidad.</p>
<p>5. Solicito a la convocante indicar si cuenta con procesos de invalidez en curso, de ser así, favor de indicar la cantidad de casos y Sumas aseguradas.</p>	<p>Este Instituto Electoral no cuenta con procesos de invalidez.</p>
<p>6. Favor de indicar que el anexo 5 solo lo presentará la aseguradora adjudicada.</p>	<p>No existe anexo 5.</p>

7. Favor de confirmar que la forma de pago será en una sola exhibición	Sí, es correcto.
METLIFE MÉXICO, S.A.	
1. Se pide amablemente a la Convocante, compartir con todos los licitantes, las respuesta que se otorguen a las dudas presentadas por todos, a fin de garantizar que las propuestas que se presenten, cumplan con todo los requisitos solicitados en bases y en junta de aclaraciones.	Si se comparte.
2. Se pide a la Convocante permita eliminar del formato, la fila de Calidad, ya que al estarse licitando un servicio, no le aplica ningún requisito de calidad.	Respecto a la Calidad, no aplica para el seguro de vida.
3. Solicitamos a la convocante nos permita incluir las siguientes notas: <ul style="list-style-type: none"> • Los precios son fijos durante la vigencia del seguro. • Los precios son en Moneda Nacional (pesos mexicanos). • El seguro de vida no causa IVA. 	Si, se permite incluir.
4. Se pide a la Convocante, confirmar que el plazo de entrega de la póliza es de 15 días naturales siguientes a la emisión del fallo, previa entrega por parte de la Convocante de la documentación de identificación del cliente para el expediente, el cual debe contener al menos: datos generales, nombramiento o poder del representante legal, identificación del representante legal; para dar cumplimiento al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.	Es correcto, sin embargo, se tiene que proporcionar una carta cobertura una vez adjudicado el seguro de vida.
5. Se pide a la Convocante proporcionar el modelo de contrato, a fin de revisar el contenido obligacional para ambas partes, considerando que el mismo será relativo a lo contenido en el Anexo 1, Especificaciones Técnicas para el Seguro de Vida Colectivo.	Una vez que sea adjudicado el seguro de vida, se le proporcionará el modelo de contrato a la aseguradora adjudicada, mismo que se ajustará a las bases de la convocatoria y a las presentes aclaraciones.
6. Agradeceremos de la Convocante confirmar que se cumple con este requisito presentando la transcripción del Anexo I, conteniendo las modificaciones de la Junta de Aclaraciones y el Proyecto de la Póliza que se emitirá en caso de resultar adjudicados.	Favor de apegarse a lo establecido en la convocatoria.

<p>7. En alcance a la pregunta anterior agradeceremos a la Convocante confirmar que para todas aquellas condiciones no establecidas o especificadas en las bases de la presente licitación, operarán de acuerdo a las condiciones generales ofrecidas por esta Aseguradora y registradas ante la CNSF, siempre y cuando no contravengan a las Disposiciones Legales vigentes.</p>	<p>Favor de apegarse a lo establecido en la convocatoria.</p>
<p>8. Atentamente se pide a la Convocante, confirmar que el pago de la póliza, se realizará en una sola exhibición.</p>	<p>Sí, es correcto.</p>
<p>9. Mi representada tiene autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas denominar al Seguro que requiere como "Seguro Institucional de Vida Grupo sin Participación de las Utilidades", otorgando las mismas condiciones solicitadas, agradeceremos de la Convocante confirmar que podemos utilizar esta denominación para la presentación de las propuestas.</p>	<p>Sí, se puede utilizar.</p>
<p>10. Amablemente solicitamos a la Convocante indicar que la colectividad está conformada 100% por personal activo.</p>	<p>Sí, es correcto.</p>
<p>11. Amablemente solicitamos a la Convocante confirmar que el anticipo de últimos gastos será del 30% de la suma asegurada básica por fallecimiento.</p>	<p>Favor de apegarse a lo establecido en la convocatoria.</p>
<p>12. Se pide amablemente a la Convocante, ratificar que la suma asegurada de gastos funerarios por \$30,000.00, es adicional al anticipo de suma asegurada por gastos funerarios, es decir, son dos coberturas distintas.</p>	<p>Sí, esta cantidad es adicional.</p>
<p>13. Amablemente solicitamos a la Convocante confirmar que el anticipo por enfermedad terminal podrá ser por el 30% de la suma asegurada básica de fallecimiento, ya que no se especifica.</p>	<p>Favor de apegarse a lo establecido en la convocatoria</p>
<p>14. Se pide a la Convocante confirmar que la suma asegurada por Muerte Accidental es por la cantidad de 40 meses de sueldo, adicionales a la cobertura básica de fallecimiento por cualquier causa, incluyendo suicidio.</p>	<p>Favor de apegarse a lo establecido en la convocatoria</p>
<p>15. Estimaremos de la Convocante indicar el nombre de la Institución de Salud (IMSS ó</p>	<p>El dictamen de Invalidez o Incapacidad total o permanente será emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social</p>

<p>ISSSTE) que emitirá el dictamen de invalidez o incapacidad total y permanente o bien si será por un médico certificado en medicina del trabajo.</p>	
<p>16. Apreciaremos a la Convocante confirmar que el esquema de administración de los formatos de consentimiento y designación de beneficiarios en el que operará la póliza, será:</p> <p>A. Administración normal: La Convocante recabará las designaciones de beneficiarios requisitadas por el asegurado y las enviará a la aseguradora con la debida oportunidad.</p> <p>B. Autoadministración: La Convocante resguardará las designaciones de beneficiarios requisitadas por los asegurados y en caso de presentarse la eventualidad prevista en el contrato, enviará el original de la designación de beneficiarios haciendo constar que es la última que elaboró el asegurado y si se trata de consentimientos de diferentes aseguradoras será certificada indicado que es la última elaborada por el asegurado.</p>	<p>Será la opción A. Administración Normal.</p>
<p>17. Agradeceremos a la Convocante confirmar que cuando se utilicen consentimientos de diferentes aseguradoras, éstos serán certificados por el contratante indicando que es la última elaborada por el asegurado.</p>	<p>Favor de apegarse a lo establecido en la convocatoria</p>
<p>18. Solicitamos a la Convocante confirmar que el talón de pago será el documento que compruebe la pertenencia a la colectividad asegurada.</p>	<p>La pregunta no es clara</p>
<p>19. Se pide a la Convocante ratificar que mensualmente se entregará el listado de asegurados actualizado, y al final de la vigencia se proporcionará la nómina actualizada para realizar el cálculo del pago de primas por el ajuste de altas y bajas.</p>	<p>Sí, es correcto.</p>
<p>20. Apreciaremos de la Convocante confirmar que para el pago de siniestros, la reclamación se efectuará con la documentación que solicite la aseguradora que resulte adjudicada, a fin de cumplir con las disposiciones vigentes señaladas en la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.</p>	<p>Sí, es correcto</p>

<p>21. Amablemente solicitamos a la Convocante nos confirme que las condiciones solicitadas son las mismas con las que cuenta actualmente. En caso de respuesta negativa, favor de indicarnos los cambios en las coberturas.</p>	<p>Sí, es correcto</p>
<p>22. Respecto de las características del grupo asegurado y en apoyo al Estado Mexicano, como parte de los países miembros de la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) y en ejecución del Acuerdo por el que se modifica el diverso que expide el protocolo de actuación en materia de contrataciones públicas, otorgamiento y prórroga de licencias, permisos y autorizaciones y concesiones; esta Aseguradora tiene registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), la cláusula general por virtud de la cual cesarán los efectos del seguro de aquella persona asegurada, beneficiario y/o contratante que se ubique dentro de alguna lista oficial, relativa o vinculada con delitos que atenten contra los intereses del estado y/o de los países mencionados (OCDE). Por lo anterior, se solicita a la Convocante se sirva ratificar que, en caso de que mi representada resulte adjudicada, la cláusula general referida, formará parte de las condiciones de seguro, objeto del presente procedimiento.</p>	<p>Favor de apegarse a lo establecido a las disposiciones legales.</p>
<p>23. En complemento a la pregunta anterior y para el caso de que la misma sea contestada de en sentido negativo. Se solicita a la convocante se sirva ratificar que la permanencia en la colectividad o grupo asegurable, de todas las personas que participen de forma directa o indirecta en el presente seguro, que puedan ser relacionadas con las actividades ilícitas establecidas en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 148 Bis, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal, quedarán sujetas a lo estipulado en las disposiciones legales aplicables, en el entendido que las Instituciones de Seguros, están legalmente impedidas para establecer una relación jurídica con personas relacionadas con dichas actividades ilícitas, lo anterior de conformidad con el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y Disposiciones Generales vigentes.</p>	<p>Favor de apegarse a lo establecido a las disposiciones legales.</p>

<p>24. Para una mejor evaluación del riesgo, se solicita a la convocante proporcionar en medio magnético de preferencia en Excel, la siniestralidad de la póliza que licita, de los últimos 3 años detallando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de siniestros por año. • Monto reclamado y pagado de los siniestros. • Cobertura afectada (Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente). • Fecha de ocurrido y pagado. • Número de asegurados por año. • Suma asegurada por año. 	<p>No aplica, ya que este Instituto no ha tenido siniestros en los últimos tres años.</p>
<p>25. Solicitamos a la Convocante que la información que proporcione de la base de datos de los asegurados contenga la información que se indica a continuación así como proporcionarnos dicha información en archivo magnético Excel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apellido Paterno • Apellido Materno • Nombre (s) • Fecha de nacimiento o R.F.C. • Sexo • Importe del sueldo mensual <p>Lo anterior a efecto de facilitar la entrega de la cotización, ya que la Convocante está solicitando listado completo con costo por asegurado.</p>	<p>Por protección de datos personales y confidenciales de acuerdo con lo establecido en el artículo 3, fracciones IX y X de la Ley de Protección de Datos Personales, en relación con el artículo 21 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, ambas leyes del estado de Jalisco, únicamente le serán entregados a la aseguradora adjudicada.</p>
SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA	
<p>1. Listado de participantes en formato Excel completo con datos de los 81 participantes ya que en la base faltan datos de 2 personas.</p>	<p>Se adjunta.</p>

2. Información de siniestralidad de al menos las últimas 3 vigencias indicando monto, cobertura afectada, fecha de ocurrido.	No aplica, ya que este Instituto no ha tenido siniestros en los últimos tres años.
3. Proporcionar fallo de la vigencia pasada.	Se encuentra disponible en el enlace siguiente: http://www.iepcjalisco.org.mx/sites/default/files/03._acuerdo_de_fallo_seguro_de_vida.pdf
4. Solicitamos amablemente poder establecer un límite de edad de aceptación para la cobertura de Invalidez de 64 ya que es la que se maneja en el mercado asegurador.	Sin límite de edad.
5. Solicitamos a la convocante ratificar que el pago de la suma asegurada de la cobertura de Invalidez Total y Permanente excluye el pago de la cobertura de fallecimiento.	Favor de apegarse a lo establecido en la convocatoria.
6. Favor de indicar si es motivo de descalificación el no otorgar pólizas individuales.	No, no es motivo, toda vez que se otorga una póliza general y certificados individuales.
7. Favor de indicar si es posible emitir una póliza a nombre del contratante.	Se otorga una póliza general a nombre del Instituto Electoral y se entregan certificados individuales a nombre los asegurados.
8. Favor de indicar quién pagará la prima del seguro.	A través de la Dirección de Administración y Finanzas de este instituto.
9. A qué se refiere la cláusula adicional reducción de periodo de espera en siniestros de Invalidez, favor de definirlo	Que sea menor a lo que estable la Ley.
<p>10. Favor de indicar si es posible aplicar el concepto de enfermedad terminal como sigue:</p> <p>Se otorgará “ANTICIPO DEL 30% DE LA SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDADES TERMINALES SIEMPRE Y CUANDO SE PRESENTEN LAS PRUEBAS DEL DIAGNÓSTICO Y LE SEA AUTORIZADO, SE LE DIAGNOSTIQUE UN PADECIMIENTO QUE, POR SU TIPO Y CARACTERÍSTICAS PROPIAS, FALLECIERA EN UN PERIODO NO MAYOR DE 12 MESES, las cantidades que se paguen por este beneficio serán disminuidas de la suma asegurada contratada por fallecimiento, quedando reducida la obligación de la compañía en caso de fallecimiento del asegurado al saldo correspondiente.”</p> <p>Favor de manifestarse al respecto se esto no es motivo de descalificación.</p>	Favor de apegarse a lo establecido en la convocatoria.