

CONDICIONES GENERALES

Póliza No.:

Expedido a Nombre de:

1.0 DEFINICIONES

Para la debida interpretación y cumplimiento de este Contrato, las partes convienen en establecer las siguientes definiciones:

1.1 ASEGURADO

Es la persona física sobre la que recae el seguro y da su consentimiento para adquirir tal carácter.

1.2 BENEFICIARIO

Es el propio Asegurado que en vida tendrá el derecho a recibir la suma asegurada al acreditar a la Institución la existencia de una Enfermedad Grave amparada en términos del presente Contrato. En el supuesto de que el Asegurado fallezca antes de que cobre el beneficio consignado en la Póliza, el beneficiario de la suma asegurada será la persona o personas por él designada(s) por escrito ante la Institución. En caso de que no exista designación o la persona designada muera antes o al mismo tiempo que el asegurado, el derecho pasará a la sucesión del Asegurado.

1.3 CONTRATANTE

Persona física o moral cuya propuesta de seguro ha aceptado la Institución, en los términos consignados en la Póliza y con base en los datos e informes proporcionados por ésta conjuntamente con el Asegurado, y que se obliga con la Institución al pago de las primas y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la misma se estipulan. El Contratante y el Asegurado pueden ser la misma persona.

1.4 CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA.

La carátula de la póliza, la solicitud, estas Condiciones Generales, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, en donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes.

1.5 DEPENDIENTES

El Cónyuge e hijos del asegurado, así como **cualquier persona que dependa económicamente de él** y que tenga cumplidos

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0807-2009 con fecha del 20/11/2009.

cuando menos 18 años de edad, siempre que hayan sido aceptados como asegurados por la Institución y así conste por escrito en la presente póliza.

Solamente estarán cubiertos por la Póliza el Asegurado y sus Dependientes que residan permanentemente en la República Mexicana.

1.6 DIAGNÓSTICO

El dictamen sobre un padecimiento o condición del mismo que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en elementos como evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

1.7 ENFERMEDAD GRAVE

Para los efectos de la cobertura de esta póliza por Enfermedad Grave se entenderá cualquiera de los siguientes padecimientos o tratamiento médico:

- Esclerosis Múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Infarto al Miocardio
- Derrame e Infarto Cerebral
- Cáncer
- Trasplantes de Órganos

Cualquier otra enfermedad no incluida expresamente en la lista anterior no es sujeta de cobertura.

1.8 ENFERMEDAD

Es una alteración en el funcionamiento o la estructura del organismo, la cual produce signos o síntomas físicos y que si no recibe tratamiento produciría un deterioro del estado de salud, la estructura o el sistema de su organismo.

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

1.9 ENFERMEDAD CONGÉNITA

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

1.10 INSTITUCIÓN

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

1.11 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Lesiones o enfermedades que con anterioridad a la fecha de contratar la Póliza sufra el Asegurado o Dependiente afectado, hayan sido diagnosticadas por un médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellos que:

- a) Previamente a la celebración del contrato, haya sido declarada la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado o Dependiente haya realizado gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado o Dependiente el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

El asegurado, en caso de que se declare la improcedencia de su reclamación por considerar preexistente su padecimiento, podrá optar por un arbitraje médico ante la Comisión Nacional de

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0807-2009 con fecha del 20/11/2009.

Arbitraje Médico (CONAMED).

Si el asegurado acude a esta instancia, la Institución se somete a comparecer y sujetarse al procedimiento arbitral, así como a la resolución del mismo, el cual vinculará al asegurado reclamante, ya que por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia, por lo cual las partes deberán firmar el convenio arbitral que corresponda.

El laudo que emita el árbitro, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir, será liquidado por la Institución.

1.12 PAGO FRACCIONADO DE PRIMAS

El Contratante podrá optar por cubrir los pagos de las primas de forma fraccionada mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, aplicándose en este caso la tasa de financiamiento que para tal efecto aplique la Institución. Esta tasa podrá variar en cada vencimiento anual de acuerdo a la vigente en esa fecha.

1.13 PERÍODO DE ESPERA

Es el plazo mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado contado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza a fin de que la Enfermedad Grave amparada pueda ser cubierta.

1.14 PRIMERA OCURRENCIA.

Primera ocasión en la que el Asegurado es diagnosticado.

1.15 RECARGO POR PÓLIZA

Es la cantidad que paga el Contratante por los gastos de expedición de una póliza.

1.16 SIGNO

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

1.17 SINIESTRO

Cualquier enfermedad o tratamiento médico presentado por el Asegurado o sus Dependientes y

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

que sea cubierta por la Póliza

1.18 SÍNTOMA

Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

1.19 VIGENCIA

Plazo que indica el periodo de validez de la Póliza, la cual inicia en la fecha estipulada en la carátula de la misma y continúa durante el plazo del seguro establecido en la misma carátula de la póliza, siempre y cuando la prima sea pagada conforme a lo pactado.

2.0 OBJETO DEL SEGURO

A través del Seguro por Enfermedades Graves, la Institución se obliga a cubrir la indemnización correspondiente y señalada en la carátula de la Póliza, a consecuencia del Diagnóstico de una Enfermedad Grave que de conformidad con las condiciones generales de la Póliza se determine como procedente, aclarando, que el alcance de la cobertura será exclusivamente dentro de los términos y condiciones que se especifican en la Póliza.

3. COBERTURA AMPARADA

3.1 INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE

Si al Asegurado amparado en esta Póliza se le diagnostica la Primera Ocurrencia de una Enfermedad Grave y esta no es considerada como preexistente, y el Asegurado ha cumplido con el Periodo de Espera, tendrá derecho a recibir en una sola exhibición, de contado, la indemnización que se especifica para este beneficio en la carátula de la Póliza.

De acuerdo con la definición de Enfermedades Graves, a continuación se detallan con toda precisión, las Enfermedades

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0807-2009 con fecha del 20/11/2009.

Graves amparadas por la presente póliza:

3.2 Esclerosis Múltiple

Es una enfermedad autoinmunitaria que afecta al sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal), la cual debe presentar un deterioro de la función motora y sensitiva.

Para hacer válida esta cobertura deberá:

- Obtenerse un Diagnóstico emitido por un Médico especialista en Neurología;
- Comprobar la enfermedad mediante los exámenes denominados Imagen de Resonancia Magnética y Líquido Cefalorraquídeo;
- Que el deterioro de la función motora (relativa al movimiento) y sensitiva (relativa a la sensibilidad) este presente de manera ininterrumpida
- Que los Síntomas sean persistentes

Se excluye expresamente cualquier otra causa que afecte al sistema nervioso central produciendo síntomas similares a esclerosis múltiple, sin serlo.

3.3 Enfermedad de Parkinson

Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central que causa temblor involuntario en las manos, rigidez muscular, bradicinesia, o lentitud en los movimientos; e inestabilidad postural, o deterioro del equilibrio.

Para hacer válida esta cobertura deberá:

- Obtenerse un Diagnóstico emitido por un Médico especialista en Neurología;
- Que la enfermedad haya avanzado hasta presentar en forma evidente y permanentemente deterioro de la función motora asociada con temblor, rigidez de movimientos y la inestabilidad postural;
- Comprobar la enfermedad mediante los exámenes denominados Imagen de Resonancia Magnética, Tomografía con Emisión de Positrones y Pruebas Genéticas

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Se excluye expresamente cualquier otra causa que afecte al sistema nervioso central produciendo síntomas similares comúnmente denominado Parkinsonismo.

3.4 Infarto al Miocardio

La muerte del músculo cardíaco (miocardio: mio = músculo; cardio= corazón) como resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria.

Para hacer válida esta cobertura deberá:

- Obtenerse un Diagnóstico emitido por un Médico especialista en Cardiología,
- Comprobar los nuevos cambios a consecuencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados Electrocardiograma, Troponina "I".

Se excluye expresamente cualquier otra causa coronaria aguda que no haya provocado evidentemente la muerte del músculo cardíaco.

3.5 Derrame e Infarto Cerebral

Es la obstrucción o la ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro ó cuando estos se obstruyen por un coagulo de sangre formado en otra parte del cuerpo produciendo la muerte del tejido cerebral y dejando un daño neurológico permanente.

Para hacer válida esta cobertura deberá:

- Obtenerse un Diagnóstico emitido por un Médico especialista en Neurología;
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados Resonancia Magnética, Tomografía Axial Computarizada, Angiografía Cerebral;
- Que la enfermedad demuestra evidentemente y permanente déficit neurológico

Se excluyen expresamente:

- **Isquemia Cerebral Transitoria,**
- **Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos.**
- **Derrame e Infarto Cerebral producido por el uso de alcohol o drogas.**

3.6 Cáncer

Es la invasión del tejido alrededor y la invasión (diseminación) a otros órganos por el crecimiento descontrolado de células del cáncer.

En esta definición se incluye también a la Leucemia, Linfoma y Sarcoma.

Para hacer válida esta cobertura deberá:

- Obtenerse un Diagnóstico emitido por un Médico especialista en Oncología,
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados:
 - Estudio Histopatológico.
 - Marcadores Tumorales.
 - Resonancia Magnética.
 - Tomografía Axial Computarizada.
 - Tomografía por Emisión de Positrones.
 - Ecografía.
 - Estudios con radionúclidos.
- Que la enfermedad demuestra evidentemente la invasión al tejido a su alrededor y diseminación (invasión) a otros órganos,
- Comprobar la ausencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA) mediante exámenes de laboratorio.

Se excluyen expresamente:

- **Tumores Malignos (Cáncer) que evidentemente no hayan invadido tejidos circundantes o se hayan diseminado a otros órganos,**
- **Cualquier Cáncer de la piel,**
- **Cualquier Cáncer con la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA).**

3.7 Trasplantes de Órganos

Es un procedimiento quirúrgico para extirpar un Corazón, Hígado, Intestino Delgado, Pulmón o Riñón enfermo y reemplazarlo por uno sano. En el caso de la Médula Ósea y el Páncreas no es necesaria la extirpación quirúrgica sólo la recepción del trasplante.

Para hacer válida esta cobertura deberá:

- Comprobar la disfunción severa del órgano y el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos,
- Haberse sometido a la extirpación quirúrgica y reemplazo por un órgano sano (único o en combinación) tales como Corazón, Hígado, Intestino Delgado, Pulmón o Riñón,
- Haberse sometido a la recepción de Médula Ósea, Páncreas sanos,
- Comprobar la ausencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA) mediante exámenes de laboratorio.

Se excluyen expresamente:

- **Cualquier Trasplante de otros órganos, partes de órganos, tejidos o células distintos a Corazón, Hígado, Intestino Delgado, Pulmón o Riñón,**
- **Cualquier Recepción de otros órganos, partes de órganos, tejidos o células distintos a Médula Ósea ó Páncreas,**
- **El Trasplante de Corazón, Hígado, Intestino Delgado, Pulmón o Riñón con la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA),**
- **La Recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a Médula Ósea ó Páncreas con la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA).**

4.0 EXCLUSIONES GENERALES

Este contrato no cubre, en ningún caso:

1. **Padecimientos que se consideren como preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza**
2. **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o presencia del virus VIH.**
3. **Enfermedades congénitas.**
4. **Enfermedades desarrolladas como consecuencia de cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria por si mismo o por la participación de un tercero cuando se produzcan con el consentimiento o participación de éste, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental o libre de esta.**
5. **Enfermedades desarrolladas como consecuencia de tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico-científica o que son de naturaleza experimental y/o de investigación.**
6. **Enfermedades desarrolladas por la ingesta de estimulantes o fármacos no prescritos médicamente, de drogas enervantes o alucinógenas, o bien por ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho consumo influya en forma directa para la realización del siniestro.**
7. **Lesiones o enfermedades que se produzcan como consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar.**
8. **Enfermedades o lesiones desarrolladas como consecuencia de Riña, cuando el Asegurado sea el provocador.**
9. **Enfermedades o lesiones que sufra el Asegurado como consecuencia de su participación activa en hechos delictivos en los que participe intencionalmente el Asegurado.**
10. **Practicar paracaidismo, deportes aéreos, buceo, alpinismo, velideltismo, charrería, box, esquí, hockey,**

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, montañismo, u otras actividades deportivas que por su riesgo y peligrosidad sea evidente su similitud con las señaladas.

11. Practicar profesionalmente cualquier deporte.
12. Lesiones o enfermedades que desarrolle como consecuencia de practicarse curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza.
13. Lesiones o enfermedades que no correspondan a enfermedades graves en los términos de esta cobertura o que sean a causa de un accidente.
14. Lesiones o Enfermedades que el Asegurado adquiera como consecuencia de prestar servicio militar de cualquier clase y participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
15. Lesiones o enfermedades que sufra el Asegurado al someterse a procedimientos quirúrgicos o tratamientos con fines estéticos, contra la calvicie, dietéticos de obesidad, de fertilidad o esterilidad, para el control de la natalidad y sus complicaciones.
16. Biopsias.

5.0 CLAUSULAS GENERALES.

5.1 PERIODO DE ESPERA

Se establecen los siguientes periodos de espera para que la indemnización contratada en términos de esta póliza aplique

Periodo de espera para el padecimiento de cáncer:
180 días naturales de vigencia ininterrumpida a partir del inicio de vigencia de la póliza

Periodo de espera para las demás enfermedades y trasplante de órganos: 90 días naturales de vigencia ininterrumpida a partir del inicio de vigencia de la

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0807-2009 con fecha del 20/11/2009.

Póliza

Los periodos especificados en este apartado no tendrán lugar cuando se trate de renovaciones ininterrumpidas.

5.2 PAGO DE LA PRIMA

El Contratante se obliga a pagar la prima en el domicilio de la Institución, en las cajas recaudadoras de cualquiera de las oficinas de la Institución, o por los medios que la misma ponga a su disposición para tal efecto.

La prima total que cubre la vigencia de esta Póliza deberá ser pagada en cada aniversario de la misma. Desde la fecha de inicio de vigencia, la Institución entregará en su domicilio o bien, en el último domicilio que tenga registrado del Contratante, el recibo oficial expedido por esta.

No obstante lo mencionado en el párrafo anterior por solicitud por escrito a la Institución, el Contratante puede optar por el pago fraccionado de la prima anual total a su cargo, mediante exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales, aplicándose en este caso la tasa de financiamiento que para tal efecto aplique la Institución. Esta tasa podrá variar en cada vencimiento anual de acuerdo a la vigente en esa fecha. La prima o cada una de sus fracciones, vencerá al inicio de cada periodo pactado en la forma de pago, misma que se asentará en la documentación contractual.

5.3 PERIODO DE GRACIA

El Contratante y/o el Asegurado, gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima, o la primera fracción pactada en el contrato. A las 12 horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada, de acuerdo a lo señalado por el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Las primas ulteriores a la del primer periodo del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo, por lo que si no son cubiertas al momento de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente.

Cuando dentro del periodo de gracia ocurriese un Siniestro, la Institución podrá deducir de la indemnización que correspondiese, el total de la prima por Póliza pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

5.4 RENOVACIÓN

Esta póliza se considerará renovada automáticamente por un periodo igual al contratado, **sin que en ningún caso pueda ser superior a un año**, si antes del aniversario ninguna de las partes notifica por escrito a la otra su voluntad de no renovarla. El pago de la prima será prueba suficiente de la renovación.

Las primas y condiciones del contrato aplicables serán las que rijan en la fecha de renovación, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

5.5 CANCELACIÓN AUTOMÁTICA

La cobertura que se ofrece en esta Póliza, se cancela en forma automática al ocurrir alguna de las siguientes eventualidades:

1. En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 65 años
2. Se compruebe que la edad real del Asegurado o sus Dependientes a la fecha de emisión o renovación, no este en el rango de edades de aceptación señalada en la cláusula EDADES DE ACEPTACIÓN.
3. Al momento en que el Asegurado o sus beneficiarios reciban el pago de la indemnización. Si se trata de una póliza familiar la cancelación de la cobertura es para el Asegurado o Dependiente que haya recibido el pago. El resto de las personas cubiertas por la Póliza continuarán con la protección contratada, en el entendido de que deberán pagar las primas que les corresponda.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0807-2009 con fecha del 20/11/2009.

5.6 TERMINACIÓN ANTICIPADA

En caso de que el Asegurado solicite la terminación anticipada del Contrato de Seguro, deberá de notificar su decisión por escrito a la Institución.

En caso de terminación anticipada del contrato solicitada por el Asegurado o Contratante, la Institución devolverá al contratante el 40% de la prima neta pagada no devengada correspondiente

5.7 EDADES DE ACEPTACIÓN

La edad mínima de aceptación es de 18 años y la edad máxima es de 59 años. La edad de aceptación máxima de renovación es hasta los 64 años, con cancelación al siguiente aniversario. Para efectos de este Contrato, la edad del Asegurado y de sus Dependientes se calcula considerando el número de años que tenga efectivamente cumplidos en la fecha de emisión o renovación de esta póliza.

5.8 COMPROBACIÓN DE LA EDAD

La Institución podrá solicitar en cualquier momento, que se compruebe legalmente la edad declarada por el Asegurado y sus Dependientes la cual hará constar dicha comprobación por escrito y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad. Cuando de tal comprobación resulte que hubo inexactitud en la edad del Asegurado o sus Dependientes se procederá de acuerdo a los siguientes casos:

Si al inicio de vigencia de esta póliza la edad real del Asegurado o de sus Dependientes se encuentra fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido para el Asegurado y el o los Dependientes que se encuentren fuera de los límites de admisión. la Institución únicamente pagará el importe de la reserva matemática correspondiente que hubiere en la fecha de la rescisión.

Si con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Institución se procederá de acuerdo a lo siguiente:

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

a. Si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor a la que correspondería por la edad real, la obligación de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

b. Si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la que corresponde a la edad real, la Institución estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato

Si durante el proceso de indemnización se confirma que la edad manifestada fue incorrecta, pero se encontraba dentro de los límites fijados por la Institución para la emisión de la póliza, se pagará la Indemnización que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y las tarifas vigentes en la fecha de celebración del contrato.

5.9 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

En ningún caso la Institución pagará una enfermedad o intervención quirúrgica que sea consecuencia, complicación o secuela de una Enfermedad Preexistente o de alguna ya reclamada y pagada con anterioridad, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer Diagnóstico.

5.10 PRUEBAS

La Institución tiene el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado toda la información necesaria sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Para este fin el Contratante y/o el Asegurado presentarán a su costa a la Institución:

- Los formatos que la Institución le solicite, debidamente llenados con la información que se le requiera.
- Las pruebas documentales del hecho que genera la obligación de pago de la Institución, tales como pruebas médicas, análisis clínicos, historial médico.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0807-2009 con fecha del 20/11/2009.

- La documentación necesaria para acreditar el derecho que les asiste a quienes solicitan el pago de la Indemnización correspondiente.
- Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público, cuando por la naturaleza del evento motivo de la reclamación, éste haya tenido conocimiento de los hechos.
- La información que se proporcione en la documentación y los formatos señalados deberá consignarse completamente requisitada y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

La Institución tendrá derecho, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el Siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Dependiente para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a la Institución de cualquier obligación respecto de la reclamación de que se trate.

5.11 PERDIDA DEL DERECHO A RECIBIR LA INDEMNIZACIÓN

Si se demuestra que el Contratante y/o Asegurado o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones de La Institución, éstas quedarán extinguidas y no habrá responsabilidad adicional de la Institución por este Siniestro. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo o completa la documentación que para este fin haya solicitado la Institución.

5.12 CAMBIO DE OCUPACIÓN

En caso de cambio de ocupación del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, el Contratante o en su caso el Asegurado, se obligan a dar aviso por escrito a la Institución, para que ésta juzgue si es aceptable el riesgo, y en su caso proceda a realizar los ajustes y modificaciones correspondientes. En caso de que la Institución considere que la nueva ocupación no es asegurable, lo comunicará por escrito al Asegurado, cesando en ese momento los efectos de este contrato.

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

5.13 DISPUTABILIDAD

La omisión o inexactitud en las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo, facultará a la Institución para rescindir de pleno derecho esta póliza o cualquiera de sus renovaciones, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro, en términos de los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5.14 REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula de cancelación automática, el contratante podrá dentro de los treinta días naturales siguientes al último día del plazo del periodo de gracia, pagar la prima del seguro o la parte correspondiente en caso de pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalado en el comprobante del pago.

En ningún caso se responderá por Siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del plazo del periodo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

Si la rehabilitación es solicitada en un periodo mayor a 30 días naturales contados a partir del último día del plazo del periodo de gracia, la Rehabilitación no se llevará a cabo, no obstante el contratante estará en posibilidades de contratar una nueva póliza.

5.15 CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado, tuvieren conocimiento de la realización de un Siniestro, que afecte el derecho que esta póliza les ofrece como protección, deberán comunicarlo a la Institución, quien les indicará la documentación y los formatos que es necesario presentar.

La Institución quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el Contratante y/o el Asegurado omiten el aviso inmediato, con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del Siniestro. La

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0807-2009 con fecha del 20/11/2009.

ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta póliza y de la realización del Siniestro.

5.16 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

La indemnización se pagará directamente al Asegurado salvo cuando ocurra alguno de los siguientes supuestos:

1. Cuando el Asegurado fallezca antes de realizar el cobro del beneficio.

En el supuesto de que se acredite a la Institución que el Asegurado padecía una Enfermedad Grave amparada en términos de la Póliza, después de haber transcurrido el Periodo de Espera y fallezca antes de que cobre el beneficio consignado en la misma, el Beneficiario de la suma asegurada será la persona o personas por él designada(s) por escrito ante la Institución. En caso de que no exista designación o la persona designada muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, el derecho pasará a la sucesión del Asegurado.

2. Cuando el Asegurado está incapacitado para cobrar el beneficio. En caso de que el Asegurado se encuentre incapacitado para ejercer los derechos consignados en la presente Póliza, la suma asegurada consignada en la misma se pagará, previa comprobación de la existencia de una Enfermedad Grave amparada y de que se han cumplido con todos los requisitos y tiempos establecidos en la misma Póliza, a la persona que legalmente la represente, en términos de la legislación civil vigente.

5.17 PROCESO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado tuvieren conocimiento de la realización de un Siniestro, que afecte el derecho que esta Póliza les ofrece como protección, deberán comunicarlo a la Institución, quien les indicará la documentación y los formatos que es necesario presentar.

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

La Institución tendrá el derecho de exigir al reclamante, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro que da origen a la reclamación y por los cuales se puedan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Asimismo, la institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación

La Institución quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el Contratante y/o el Asegurado omiten el aviso inmediato, con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del Siniestro que dieron origen a la reclamación. La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta póliza y de la realización del Siniestro.

La Institución con la información solicitada, evaluará la procedencia o no de la reclamación y notificará la aceptación o rechazo de la misma.

La Institución podrá conservar copia certificada de los diagnósticos, estudios, radiografías, análisis, encefalogramas, certificaciones de expedientes, facturas e historias clínicas, y demás elementos probatorios aportados por el reclamante, resulte o no procedente la indemnización.

La Institución pagará la indemnización que corresponda dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciba u obtenga todas las pruebas que acrediten completamente la procedencia de la reclamación. Una vez realizado el pago de la indemnización de la primera Enfermedad Grave amparada se dará por terminado este contrato. (Respecto de todos los asegurados o únicamente el que afectó la póliza?)

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0807-2009 con fecha del 20/11/2009.

5.18 INDEMNIZACION POR MORA

Si la Institución de seguros no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación.

5.19 RESTITUCIÓN

El Contratante, o en su caso el Asegurado, se obliga solidariamente a restituir a la Institución cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto indebidamente por falta, inexactitud o inoportunidad en los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta póliza.

5.20 MODIFICACIONES Y RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Las Condiciones de cobertura y operación de esta póliza, sólo se podrán modificar previo acuerdo entre la Institución y el Contratante, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por la Institución carecen de facultades para hacer concesiones o modificaciones.

Se hace de conocimiento del Asegurado y al Contratante, por ser su derecho, La transcripción del **Artículo 25 de La Ley Sobre el Contrato del Seguro**, que señala textualmente:

“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”.

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

5.21 COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones del Contratante o del Asegurado hacia la Institución deberán dirigirse por escrito al lugar señalado como su domicilio social, o en su caso, en el lugar que para estos efectos se hubiera comunicado posteriormente al Contratante y/o Asegurado Titular. Las comunicaciones que la Institución realice al Contratante y/o Asegurado Titular, deberá dirigirlas al último domicilio del que tenga conocimiento.

5.22 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Institución 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 tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los citados tribunales.

5.23 MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado o de la Institución, se efectuarán en pesos mexicanos, moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos.

5.24 COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Institución proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.25 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos 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. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

5.26 ENTREGA DE PÓLIZA.

La Institución se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, la Póliza a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal, al momento de contratar el seguro;
- 2.- Envío a domicilio, por los medios que la Institución utilice par tales efectos.
- 3.- A través de medios electrónicos.

Si el Asegurado o Contratante no recibe la Póliza dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, deberá comunicarse sin costo al teléfono 01 800 505 4000 para toda la República incluyendo el Distrito Federal, a fin de que mediante el uso de los medios electrónicos que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el asegurado y/o contratante, deberá presentar su solicitud por escrito a la Compañía.

5.27 TRANSCRIPCIÓN DE DISPOSICIONES RELEVANTES.

Para referencia del Contratante y Asegurado, a continuación se transcriben algunas Disposiciones de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

ARTÍCULO 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

ARTÍCULO 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

ARTÍCULO 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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;

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

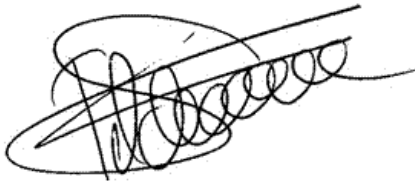
VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0038-0771-2009 de fecha 05/11/2009.



Lic. Victor Adrián Feldmann González
DIRECTOR NACIONAL LÍNEAS PERSONALES