

**PÓLIZA COLECTIVA DE ACCIDENTES PERSONALES
CONDICIONES GENERALES**

Condiciones que se adhieren y forma parte integrante de las póliza de Seguro de Accidentes Personales con número: a nombre de , cuya vigencia es del al

CONTENIDO

I. DEFINICIONES.....	3
1. ACCIDENTE AMPARADO.....	3
2. ASEGURADO.....	3
3. BENEFICIARIO.....	3
4. COLECTIVIDAD ASEGURABLE.....	3
5. COLECTIVIDAD ASEGURADA.....	3
6. CONTRATANTE.....	3
7. INSTITUCIÓN.....	3
8. PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO.....	3
9. SUMA ASEGURADA.....	3
II OBJETO.....	3
1. COBERTURA BÁSICA:	3
MUERTE ACCIDENTAL.....	3
2. BENEFICIOS ADICIONALES.....	3
III. DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.....	4
IV PRIMAS.....	4
1. PAGO DE LA PRIMA.....	4
2. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA.....	4
3. CAMBIO EN LA FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.....	5
V. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	5
1. ALTA DE ASEGURADOS.....	5
2. BAJA DE ASEGURADOS.....	5
VI. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.....	6
VII. REHABILITACIÓN.....	6
VIII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	6
IX. DOMICILIOS, AVISOS Y NOTIFICACIONES.....	7
X. EDAD.....	7
XI. DISPUTABILIDAD.....	7
XII. SUICIDIO.....	8
XIII. BENEFICIARIOS.....	8
A. BENEFICIARIO IRREVOCABLE.....	8
B. FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	9
C. ADVERTENCIA.....	9
XIV. CAMBIO DE CONTRATANTE.....	9
XV. COMPROBACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.....	9
XVI. PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.....	10
XVII. PRESCRIPCIÓN.....	10
XVIII. MONEDA.....	10
XIX. INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	10
XX. COMPETENCIA.....	10
XXI. COMISIONES.....	11
XXII. VIGENCIA.....	11
1. DEL CONTRATO.....	11
2. DE LAS COBERTURAS.....	11
3. CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES.....	11
XXIII. RENOVACIÓN.....	12
XXIV. PAGO DE DIVIDENDOS POR CONCEPTO DE SINIESTRALIDAD FAVORABLE.....	12
XXV. DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DE LA COLECTIVIDAD.....	12



SEGUROS MONTERREY

XXVI. OBLIGACIONES ADICIONALES DEL CONTRATANTE.....	12
A. ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.....	12
B. PÓLIZAS AUTO ADMINISTRADAS.....	13
XXVII. EXCLUSIONES.....	13
XXVIII. MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES.....	14
XXIX. DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA.....	14
XXX. DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF.....	14
XXXI. CLÁUSULA PARA EL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	14

SIN VALOR

**PÓLIZA COLECTIVA DE ACCIDENTES PERSONALES
CONDICIONES GENERALES**

Condiciones que se adhieren y forma parte integrante de las póliza de Seguro de Accidentes Personales con número: a nombre de , cuya vigencia es del al

I. DEFINICIONES.**1. ACCIDENTE AMPARADO.**

Es toda lesión corporal sufrida por un Asegurado y causada directamente por hechos externos, violentos, fortuitos, súbitos e imprevistos.

Se considerarán accidentes amparados:

- A) La muerte del Asegurado por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
- B) La electrocución involuntaria.
- C) La muerte causada por homicidio intencional (atenuado, simple o calificado).

2. ASEGURADO.

Persona física integrante de la Colectividad Asegurada, cuyo nombre se encuentra dentro del Registro de Asegurados.

3. BENEFICIARIO.

Persona designada por el Asegurado en el Certificado Individual correspondiente, como titular de los derechos indemnizatorios derivados de la cobertura contratada.

4. COLECTIVIDAD ASEGURABLE.

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

5. COLECTIVIDAD ASEGURADA.

Conjunto de personas que perteneciendo a la Colectividad Asegurable, han llenado, firmado y entregado a la Institución por conducto del Contratante, su consentimiento individual para ser incluidos en la póliza.

6. CONTRATANTE.

Persona física o moral que celebre el Contrato de Seguro con la Institución.

7. INSTITUCIÓN.

Seguros Monterrey New York Life, SA de CV.

8. PÓLIZA O CONTRATO DE SEGURO.

La documentación contractual integrada por la Carátula de la Póliza, la Solicitud, el Registro de Asegurados anexo, los Consentimientos, Certificados Individuales y los Endosos que se agreguen a la Póliza adicionales y que conforman este Contrato de Seguro, el cual es celebrado entre el Contratante y la Institución. Las condiciones del Contrato de Seguro sólo podrán ser modificadas mediante el consentimiento escrito de ambas partes, el cual deberá expresarse en términos de un endoso, que debe encontrarse previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

9. SUMA ASEGURADA.

Monto total que la Institución se obliga a pagar a los Beneficiarios, de conformidad con la designación que el Asegurado haya hecho de ellos.

II OBJETO.**1. COBERTURA BÁSICA:****MUERTE ACCIDENTAL.**

Mediante esta Cobertura la Institución pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la Suma Asegurada contratada al momento de ocurrir el fallecimiento del propio Asegurado, como consecuencia directa de un Accidente Amparado.

2. BENEFICIOS ADICIONALES.

El Contratante podrá incluir a la Póliza, mediante endosos, los beneficios adicionales que la Institución ofrezca, como complementarios a la Cobertura Básica previamente descrita. Para cada uno de los Beneficios Adicionales que se contraten, se calculará la prima adicional que corresponda de acuerdo con las características de la Colectividad Asegurada y del Beneficio Adicional contratado. Dicha prima se encontrará incluida en la prima total y se verá reflejada en la carátula de la Póliza.

III. DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

Es la cantidad máxima que pagará la Institución por cada Asegurado, a consecuencia de un accidente cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, cláusulas y endosos correspondientes a la cobertura básica y beneficios adicionales, esta se aplicará exclusivamente para los accidentes que ocurran dentro del periodo de vigencia de la póliza.

Con el pago de la Suma Asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Institución provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la carátula de la póliza.

En caso de que antes de ocurrir un siniestro se descubriera que la suma asegurada de algún miembro de la colectividad inscrito en el registro es distinta de la que consta en el certificado correspondiente, la Institución, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, modificará en el registro la inscripción de la suma asegurada o sustituirá el certificado de acuerdo con las bases anteriormente establecidas.

IV PRIMAS.

1. PAGO DE LA PRIMA.

El Contratante se obliga a pagar anualmente, en el domicilio de la Institución, el importe total de la prima. Si los miembros de la Colectividad contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

El periodo de pago de cada prima es anual, pero podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, excepto en el caso de Accidentes Personales Corto Plazo, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine la Institución.

La prima o cada una de sus fracciones, vencerá al inicio de cada periodo para el que resulte calculada. A partir de esa fecha de vencimiento, el Contratante tendrá un “**Periodo de Gracia**” de treinta días naturales para efectuar el pago Correspondiente. Si durante este plazo el Contratante no efectúa el pago, cesarán automáticamente los efectos del contrato a las doce horas del último día de dicho plazo. Si dentro del Periodo de Gracia referido, ocurre un siniestro, la Institución podrá deducir del importe del seguro, la prima total de la colectividad, correspondiente al periodo vencido.

El Contratante podrá realizar el pago de la prima a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice la Institución.

Cuando los Asegurados contribuyan al pago de las primas del Seguro y exista por cualquier causa un saldo o monto a favor de quienes pagaron las primas, la Institución cumplirá con su obligación de devolver dichos montos, entregándoselos al Contratante, junto con una relación de la cantidad que le corresponde a cada Asegurado. El Contratante se obliga a distribuir a los Asegurados las cantidades que les corresponda en los términos indicados por la Institución.

2. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA.

En cada fecha de vencimiento del Contrato de Seguro, la Institución podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación. La prima de renovación será dada a conocer al Contratante por la Institución; ésta se basa en la actividad básica de la Colectividad, la suma asegurada en vigor y la edad alcanzada para cada miembro de la Colectividad Asegurada y aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de

Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

A cada miembro de la Colectividad que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato le aplicará la cuota promedio por meses completos, en tanto que a los que se separen definitivamente de la Colectividad, se le aplicará lo estipulado en la sección denominada "Registro de Asegurados", Apartado 2. "Baja de Asegurados" de estas mismas Condiciones Generales.

3. CAMBIO EN LA FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

En cada renovación de esta póliza, el Contratante tendrá derecho a cambiar la forma de pago de la prima, por meses, trimestres, semestres o años, mediante solicitud por escrito a la Institución y remitiendo el presente contrato para la anotación correspondiente. La tarifa de primas aplicable será la que corresponda a la forma de pago elegida por el Contratante.

V. REGISTRO DE ASEGURADOS.

La Institución formará por duplicado un Registro de Asegurados cubiertos en la póliza y entregará al Contratante un ejemplar debidamente autorizado por la Institución. El registro contendrá, entre otros, los siguientes datos:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Asegurados;
- b) Suma Asegurada o regla para determinarla;
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada y fecha de terminación del mismo;
- d) Operación y plan de seguro de que se trate;
- e) Número de Certificado Individual; y
- f) Coberturas amparadas.

La Institución llevará además un registro de altas y bajas de Asegurados a la Colectividad Asegurada, los cuales serán reportados por el Contratante en los siguientes términos:

1. ALTA DE ASEGURADOS.

Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Institución, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

2. BAJA DE ASEGURADOS.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Para efectos de esta Póliza, la Institución considerará que también se separan definitivamente de la Colectividad Asegurada, a los Asegurados que no cubran al Contratante la prima a que se

obligaron. En este supuesto, el Contratante podrá solicitar la baja del Asegurado a la Institución. El seguro terminará en la fecha en que sea recibido el aviso por la Institución o en la fecha en que indique el Contratante si ésta es posterior a la fecha en que la Institución reciba el aviso de baja. No se consideran separados definitivamente de la Colectividad Asegurada a los Asegurados que sean jubilados o pensionados durante la vigencia de la Póliza. A la renovación o terminación de la misma, pensionados y jubilados dejarán de pertenecer a la Colectividad Asegurada en la fecha de renovación del contrato.

El Contratante deberá comunicar por escrito a la Institución, tan pronto como tenga conocimiento de las bajas de la Colectividad o reciba los Consentimientos de los Asegurados, los nombres de las personas que deban ser altas o bajas de la Colectividad Asegurada, así como las fechas de los movimientos respectivos. Las altas y bajas de Asegurados serán inscritas por la Institución en el Registro de Asegurados que forma parte de este contrato.

VI. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

La Institución expedirá y entregará los Certificados Individuales al Contratante, para que éste a su vez los entregue a los Asegurados.

Los certificados individuales contendrán entre otros datos, los siguientes:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Institución;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Institución;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado Individual;
- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los Beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;

i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades;

y
j) En el caso de los seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

VII. REHABILITACIÓN.

Si esta Póliza hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitada previa solicitud del Contratante y aceptación de la Institución, mediante las siguientes condiciones:

- a) Que el Contratante lo solicite por escrito a la Institución dentro de los treinta días siguientes a la fecha de cesación de efectos del contrato, remitiendo a la Institución la póliza y;
- b) Que se haya pagado a la Institución la prima o primas vencidas con los recargos correspondientes.

Satisfechas las condiciones anteriores, el seguro que ampara esta póliza volverá a estar en vigor desde la fecha de aceptación de la solicitud de rehabilitación por parte de la Institución, acreditada mediante un endoso a este contrato.

En caso de que no se consigne la hora de rehabilitación en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el Contrato de Seguro desde las cero (0) horas de la fecha de pago.

VIII. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

En cumplimiento de las disposiciones del art. 26 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el art. 25 del propio ordenamiento, que textualmente dice:

"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 (30) 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".

Este derecho se hace extensivo al Contratante.

IX. DOMICILIOS, AVISOS Y NOTIFICACIONES.

La Institución enviará al Contratante o al Asegurado toda comunicación que deba efectuar en cumplimiento de este contrato o de la ley, al último domicilio que los mismos le hubieran dado a conocer por escrito. Cualquier comunicación que el Contratante o el Asegurado quieran hacer a la Institución relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberán efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio de dicha Institución en la carátula de esta póliza, o en el que la misma les avise posteriormente por escrito.

X. EDAD.

La Institución podrá solicitar en cualquier momento que se compruebe legalmente la edad declarada por el Asegurado. Una vez presentada dicha comprobación, la Institución la hará constar en esta póliza y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas.

Cuando de tal comprobación resulte que hubo inexactitud en la edad del Asegurado o de sus Dependientes, y que la edad real al tiempo de la celebración del Contrato estaba fuera de los límites de admisión establecidos por la Institución, ésta podrá rescindir del presente Contrato al Asegurado cuya edad declarada fue incorrecta, y devolver al Contratante el 50% de las primas pagadas correspondientes al mencionado Asegurado.

Si la edad del Asegurado o de sus Dependientes, estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se ajustarán las Primas, la Reserva Matemática y/o la Suma

Asegurada en los términos del Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

XI. DISPUTABILIDAD.

Durante los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio del periodo de cobertura indicada en la carátula de la presente póliza o de su última rehabilitación, la Institución podrá rescindir el contrato si el Asegurado o el Contratante incurrieron en omisiones o inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado por esta póliza, al contestar los cuestionarios proporcionados por la Institución para la emisión de la misma y para su rehabilitación, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Cuando posteriormente a la fecha en que haya dado inicio la efectividad de este contrato o en que se haya rehabilitado, el Asegurado presentara cualquier declaración que requiera la Institución para la apreciación del riesgo, con motivo de la inclusión de alguna cobertura o cláusula adicional a este contrato, o para aumentar la suma asegurada; tales pactos de incremento del riesgo serán disputables por causa de omisiones o inexactas declaraciones, durante los dos primeros años contados a partir de su celebración o inclusión en este contrato. Después de transcurrido ese período, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

Si las omisiones o inexactitudes son relativas a la edad del

Asegurado, se procederá conforme a lo siguiente:

- a) **Si la edad real a la fecha de la solicitud excede de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las reglas a que se refiere el artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

- b) **Si la edad real del Asegurado se encuentra comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las reglas a que se refiere el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

XII. SUICIDIO.

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año contado a partir de la fecha en que haya iniciado la vigencia de este Contrato de Seguro o de su última rehabilitación, la Institución reembolsará únicamente la prima no devengada a la fecha del evento, descontando de ella, los gastos ocasionados, quedando liberada de toda obligación respecto de ese Certificado Individual.

Si el suicidio ocurriera después del plazo al que se refiere el párrafo precedente, la Institución pagará la cobertura por fallecimiento en los términos convenidos en el presente Contrato.

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido antes de que se cumpla un año posterior a la contratación de un incremento adicional a la Suma

Asegurada o de la inclusión de alguna cláusula adicional, la Institución pagará a los Beneficiarios únicamente la parte de la prima no devengada correspondiente a la fecha en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, descontando de ella los gastos, quedando liberada de la obligación de pagar dicho incremento y los beneficios derivados de las cláusulas citadas.

XIII. BENEFICIARIOS.

Cada Asegurado tendrá derecho de designar en cualquier tiempo, Beneficiarios para cada una de las coberturas contratadas, siempre que no exista restricción legal para hacerlo; dicha designación se hará al momento de firmar su Consentimiento Individual y podrá modificarla en cualquier momento posterior, siempre y cuando se haga en los términos señalados en esta Póliza.

Para que cualquier miembro de la Colectividad Asegurada pueda cambiar de Beneficiario, deberá presentar su solicitud por escrito en los formatos que al efecto tenga disponible la Institución, remitiendo la misma a la Institución, junto con el Certificado Individual, para la anotación correspondiente, en este último y en el Registro de Asegurados.

A. BENEFICIARIO IRREVOCABLE.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de Beneficiario, designando Beneficiarios irrevocables mediante comunicación por escrito, tanto a éstos como a la Institución, lo cual se hará constar en el certificado y en el registro de asegurados, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de Beneficiario irrevocable.

Si el plan es temporal y otorga la prerrogativa de renovación, una vez operada ésta se tendrán como Beneficiarios, aun cuando tengan carácter de irrevocables, a los que se haya designado por escrito ante la Institución para el periodo de seguro anterior al de

dicha renovación, salvo nueva designación expresa cuando así proceda.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Institución paga el importe del seguro al último Beneficiario de que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta de aviso pudiera ocasionar.

B. FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales a la de los demás Beneficiarios, salvo que el Asegurado haya establecido otra cosa en la propia designación de beneficiarios.

C. ADVERTENCIA.

“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 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.”

XIV. CAMBIO DE CONTRATANTE.

Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de

Contratante la Institución podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En este caso, la Institución reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

XV. COMPROBACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

El Asegurado que pretenda una indemnización al amparo de este beneficio, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione la Institución, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que le solicite la Institución relativas al motivo de la reclamación.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones 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 este beneficio, sea el Asegurado, sus beneficiarios o la representación legal de cualquiera de ellos, quienes incurran en las conductas descritas.

XVI. PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

Los beneficiarios o cesionarios tendrán derecho a cobrar directamente de la Institución el beneficio del seguro o la suma asegurada correspondiente.

En caso de que hubiese discrepancia en la suma asegurada consignada en el registro de asegurados y en el certificado, y esto se descubriese con posterioridad al siniestro, la Institución pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor.

XVII. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose exclusivamente de la cobertura de fallecimiento.
- II. En dos años, en todos los demás casos.

Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa Institución.

XVIII. MONEDA.

Todos los pagos que el Contratante o la Institución deban realizar conforme a esta póliza se liquidarán en moneda nacional, en términos de la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

XIX. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de que la Institución no obstante haber recibido los documentos o información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al Asegurado o beneficiario una indemnización por mora en los términos previstos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación. El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la Institución aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

XX. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la Institución o ante 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 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. 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, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del usuario.

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 juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante la autoridad jurisdiccional competente.

XXI. COMISIONES.

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.

XXII. VIGENCIA.

1. DEL CONTRATO.

El inicio y fin del periodo de cobertura del Contrato de Seguro, surtirá efecto a las 12 horas de los días especificados en la Carátula de la Póliza.

Adicionalmente, este Contrato de Seguro terminará por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Si la totalidad de los miembros de la Colectividad Asegurada pierden su calidad de Colectividad Asegurable; debiendo la Institución devolver la prima no devengada menos gastos al momento de la terminación.
- b) Al concluir el Periodo de Gracia para el pago de la prima sin que la misma haya sido cubierta.
- c) Por solicitud escrita del Contratante a la Institución, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha en ningún caso podrá ser anterior a la fecha en que la Institución reciba el aviso de cancelación. La Institución se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de la cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados.

2. DE LAS COBERTURAS.

Todas las personas que forman parte de la Colectividad Asegurable, o que tengan derecho a un aumento en la suma asegurada conforme a la Cláusula "Determinación de la Suma Asegurada", se considerarán como aseguradas por la suma que a cada uno le corresponda, siempre que el Contratante pague a la Institución las primas correspondientes y de acuerdo con las reglas siguientes:

- a) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de la suma asegurada a la Institución, por conducto del Contratante, en o antes de la fecha en que tenga derecho a ingresar a la Colectividad Asegurada o al aumento en la Suma Asegurada, quedará asegurada a partir de la fecha en que ingrese a la Colectividad Asegurable.
- b) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de Suma Asegurada a la Institución, por conducto del Contratante, dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que ingrese a la Colectividad Asegurable o tenga derecho al aumento en el importe de la Suma Asegurada seguro, quedará cubierto a partir de la fecha de entrega a la Institución de su consentimiento o de su solicitud de aumento de Suma Asegurada.
- c) La persona que entregue su consentimiento o solicitud de aumento de suma asegurada a la Institución, por conducto del Contratante después de los treinta (30) días de la fecha en que tuvo derecho a ingresar a la Colectividad Asegurable o al aumento en la Suma Asegurada, deberá presentar, sin costo alguno para la Institución, las pruebas de buena salud y asegurabilidad que razonablemente requiera la Institución. Pruebas de buena salud y de asegurabilidad. Si dichas pruebas son satisfactorias para la Institución, la cobertura del seguro o el aumento de Suma Asegurada entrarán en vigor desde la fecha en que se acepten estas pruebas, mediante la inscripción en el registro respectivo.

3. CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES.

Las coberturas para cada uno de los beneficios adicionales, excepto Gastos Médicos e Indemnización Diaria por Hospitalización quedarán sin efecto en

cualquier momento de la vigencia en que la Institución haya cubierto por uno o varios eventos el 100% de la Suma Asegurada contratada para el beneficio de que se trate.

XXIII. RENOVACIÓN.

La Institución podrá renovar los contratos de seguro de Grupo y Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o plazos menores, mediante endosos a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las Notas Técnicas respectivas.

XXIV. PAGO DE DIVIDENDOS POR CONCEPTO DE SINIESTRALIDAD FAVORABLE.

En caso de que así se pacte en la Carátula de la Póliza, la Institución otorgará dividendos por siniestralidad favorable, considerando la Experiencia Propia de la Colectividad o la Experiencia Global de la Institución, para lo cual se entenderá por:

- **Experiencia Propia** cuando la prima de la Colectividad Asegurable esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de la misma Colectividad Asegurable o bien de las pólizas de Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial. El número mínimo de integrantes de la Colectividad, en esta experiencia, deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad.
- **Experiencia Global**, cuando la prima de la Colectividad Asegurable no esté determinada con base en su Experiencia Propia, es decir, se realice con base en la experiencia de la Institución.

XXV. DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DE LA COLECTIVIDAD.

En los Seguros Colectivos cuyo objeto al contratarse sea el otorgar una prestación laboral, la Institución podrá pactar con el Contratante, mediante endoso, el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva de la misma, señalando sus características.

XXVI. OBLIGACIONES ADICIONALES DEL CONTRATANTE.

A. ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.

Salvo acuerdo en contrario entre la Institución y el Contratante, este último se obliga a conservar un expediente que contenga los datos y copia de los documentos de identificación de cada uno de los Asegurados cubiertos en la Póliza y a mantenerlos a disposición de la Institución para su consulta o para el caso de requerimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con 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.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Institución los expedientes en cuestión dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que le sean solicitados por escrito.

En términos de lo dispuesto en las Disposiciones citadas, los expedientes a que se refiere el presente inciso, deberán conservarse durante la vigencia de la póliza y por un plazo mínimo de diez años contados a partir de la fecha en que el Asegurado correspondiente hubiere causado baja de la misma por cualquier motivo.

Los datos de los Asegurados se refieren por lo menos al nombre, domicilio particular, fecha de nacimiento, nacionalidad, ocupación o profesión, teléfonos en donde se puedan localizar, correo electrónico, así como la Clave Única

de Registro de Población y el Registro Federal de Contribuyentes, siendo estos dos últimos necesarios cuando el Asegurado cuente con ellos.

Asimismo, los documentos de identificación serán necesarios para algún certificado en lo individual, cuando la prima de este sea mayor o igual de diez mil dólares o su equivalente en moneda nacional, y en todo caso serán: identificación personal oficial vigente con dirección y fotografía, comprobante de domicilio, cédula de identificación fiscal y la clave única del registro de población, siendo estos dos últimos necesarios cuando el Asegurado cuente con estos.

B. PÓLIZAS AUTO ADMINISTRADAS.

En aquellos casos en donde la Institución y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el convenio respectivo que la Institución tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el Reglamento citado.

XXVII. EXCLUSIONES

La Institución no tendrá obligación de cubrir la Suma Asegurada contratada, ni de la ni de la Cobertura Básica ni de los Beneficios Adicionales cuando los accidentes consistan en o se originen por participar el Asegurado en:

a) Lesiones autoinfligidas, aun cuando se produzcan en estado de enajenación mental.

b) Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.

c) Actos delictivos intencionales que provoque o en los que participe directamente el Asegurado.

d) Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de línea comercial debidamente autorizada para la transportación de pasajeros y que opere en una ruta establecida o sujeta a itinerarios regulares.

e) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.

f) Uso de motocicletas, motonetas u otros motociclos.

g) Paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, charrería, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo (vuelo delta, paracaidismo, etc.) y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

h) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por lesiones ocasionadas por Accidentes Amparados.

i) Muerte o lesiones ocurridas por culpa grave del Asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o

drogas no prescritas por un médico.

j) Muerte o lesiones ocurridas como consecuencia de accidentes ocurridos durante trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualesquiera que fuesen las manifestaciones clínicas.

k) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

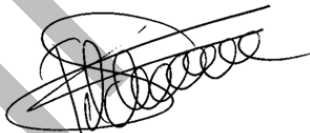
l) Muerte del asegurado si esta ocurre después de 90 días de ocurrido un Accidente Amparado.

XXVIII. MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES

Ponemos a tu disposición la transcripción de los preceptos legales citados en el presente documento, las cuales podrás consultar de manera electrónica en la página web de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. www.mnyl.com.mx

XXIX. DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA

**SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE
S.A. DE C.V.**



FUNCIONARIO AUTORIZADO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de agosto de 2010 con la clave CNSF-S0038-0794-2010/CONDUSEF-001071-02.

Centro de Atención y Servicios a Asegurados (CASA) de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Paseo de la Reforma 342 Piso 12, Col. Juárez, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, Lada sin costo 800 505 4000. Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 horas clientes@mnyl.com.mx

XXX. DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Av. Insurgentes Sur 762. Col. Del Valle, Alc. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080 www.condusef.gob.mx

XXXI. CLÁUSULA PARA EL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante y/o Asegurado, conforme a los derechos que a cada uno le correspondan, podrán hacer uso de los medios electrónicos que la Institución Aseguradora tenga disponibles. Los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos pueden consultarse en la página electrónica de la Institución Aseguradora situada en www.mnyl.com.mx.