

ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

Póliza No.:

Expedida a Nombre de:

1. OBJETO DEL SEGURO

Al verificarse la eventualidad amparada por alguna de las coberturas que se indican en la carátula de la presente póliza, SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante la Institución, se obliga a pagar el beneficio pactado para dicha cobertura, siempre y cuando la mencionada eventualidad se presente durante su respectiva vigencia, se cumplan las condiciones y satisfagan los requisitos estipulados.

2. DEFINICIONES

Para la debida interpretación de esta póliza, las partes convienen en definir, como a continuación se expresa los siguientes términos:

2.1 CONTRATANTE

Persona física o moral cuya solicitud, en los términos de los Artículos 10, 11 y 12 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, sirve de base para la expedición de esta póliza, y a quien corresponde en primera instancia la obligación de pagar las Primas estipuladas en la misma.

2.2 ASEGURADOS

2.2.1 ASEGURADO TITULAR

Es la persona física residente en territorio de la República Mexicana, a cuyo cargo corresponde originariamente la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención de su propia persona y sus Dependientes, y en cuya previsión se expide la presente póliza, en caso de haber contratado la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos.

2.2.2 DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Se debe entender por Dependientes Económicos del Asegurado Titular, su cónyuge, y sus hijos solteros mientras dependan económicamente de él. Los Dependientes Económicos podrán ser incluidos en esta póliza siempre que reúnan los requisitos de asegurabilidad requeridos por la Institución y sean aceptados por ésta, haciéndolo constar en la póliza correspondiente.

2.3 BENEFICIARIO(S)

Es(son) la(s) persona(s) designada(s) por el(los) Asegurado(s) en la solicitud formulada para la celebración del Contrato, o la(s) que designe(n) posteriormente, a quienes, de ser procedente, se les pagará el Beneficio por Fallecimiento, indicado en la carátula de la póliza, al verificarse la eventualidad prevista en este Contrato.

Una vez que haya sido pagado el Beneficio por Fallecimiento al (a los) Beneficiario(s) designado(s), la Institución quedará liberada de las obligaciones contraídas en la póliza para ese Asegurado, permaneciendo si alteración las coberturas vigentes en ese momento, para el resto de los mismos.

2.4 ACCIDENTE AMPARADO

Para efectos de esta póliza, se entenderá por Accidente todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca la muerte o lesiones corporales a los Asegurados.

Se considera como Accidente Amparado todo aquél que ocurra durante la vigencia de la póliza, a partir del alta del Asegurado, así como sus complicaciones o secuelas, siempre y cuando no esté excluido por el presente contrato.

2.5 GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

Se entenderá por Gastos Médicos Amparados, aquéllos que efectúe el Asegurado por prescripción de un médico o cirujano, con título y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión médica y que sean necesarios para la atención de las lesiones corporales resultantes de un Accidente Amparado, siempre y cuando no sean excesivos en comparación con los costos regulares y acostumbrados para la atención de las lesiones similares en cuanto a severidad y naturaleza, en la localidad donde se proporcionen los servicios materiales.

3. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Este contrato de seguro no cubre:

I. Lesiones resultantes de ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN A CONSECUENCIA DE:

- a) Prestar servicios militares o participar en actos de guerra, rebelión o insurrección; por ser miembro del ejército o de otras fuerzas armadas de cualquier país u organización de países.
- b) Participar en riñas o en delitos intencionales de los que sea presunto responsable el Asegurado.
- c) Operar o viajar en cualquier clase de aeronave, al abordarla o descender de ella, si el afectado es piloto, oficial o miembro de la tripulación, o está impartiendo o recibiendo cualquier tipo de entrenamiento o instrucción, o está desempeñando algún trabajo relacionado con ella, con su equipo o con el vuelo correspondiente.
- d) Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada, o en general, en cualquier tipo de vuelo no regular.
- e) Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero en vehículos de cualquier tipo, en carreras, pruebas o concursos de seguridad y resistencia o velocidad.
- f) Tripular como piloto o viajar como pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similar.
- g) Practicar paracaidismo, buceo, alpinismo, velideltismo, charrería, box, esquí, hockey, tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha

grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas.

- h) Las lesiones que se originen cuando el Asegurado se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas enervantes o alucinógenas, así como fármacos no prescritos por un médico, o bien por ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares.

II. Los siguientes conceptos:

- a) Lesiones accidentales existentes a la fecha en que se inicie la vigencia de esta póliza, respecto de cada Asegurado. Se considerarán como lesiones existentes las que se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de contratación o última rehabilitación de la póliza, que hayan sido diagnosticadas por un médico, sean aparentes a la vista o por su naturaleza no puedan pasar inadvertidas para el Asegurado.
- b) Los gastos erogados como consecuencia de enfermedades corporales de cualquier clase, infecciones (con excepción de las que acontezcan simultáneamente y como resultado de lesiones accidentales); tratamiento médico o quirúrgico, excepto en caso de que éste sea necesario a consecuencia de un Accidente.
- c) Las lesiones o gastos resultantes de enfermedades o deficiencias mentales, reacciones psicópatas o psiconeuróticas, aun las que resulten mediata o inmediatamente de lesiones amparadas.

d) La muerte o lesiones ocurridas a consecuencia del suicidio o intentos de suicidio, o las lesiones que intencionalmente cause a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, ya sea que al ocurrir el uno o las otras se encuentre en estado de enajenación mental o libre de ésta.

4. CONTRATO

4.1 BASES DEL CONTRATO

Esta póliza, sus adiciones y reformas, constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Institución. En el entendido de que dicha póliza, sus adiciones y reformas, se expiden con base en la solicitud, exámenes médicos, cuestionarios financieros y demás formularios contestados por el Contratante y/o Asegurado, necesarios para la apreciación del riesgo.

4.2 EDAD

Para efectos de este Contrato, la edad real del Asegurado se considerará igual al número de años cumplidos que tenga, en la fecha de emisión o renovación de esta póliza.

La presente póliza no ampara contra riesgo de muerte a personas menores de doce años, ni contra ningún riesgo cubierto por este seguro a personas menores a tres meses de edad.

4.3 COMPROBACIÓN DE LA 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.

4.4 PERIODO DE SEGURO

Las partes convienen expresamente en que el Período de Seguro contratado inicialmente o por renovación, coincidirá siempre con el plazo que cubre la Prima respectiva, y que se indica en la carátula de esta póliza

4.5 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

“Si el contenido de esta póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.” (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

4.6 MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Institución y el Contratante, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Institución.

El error de cálculo sólo dará lugar a que rectifique, sin implicar modificación alguna al presente Contrato.

Los agentes o cualquier otro empleado no autorizado, no tendrán facultad alguna para cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente Contrato.

4.7 CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Asegurado tendrá derecho de hacer nueva designación de Beneficiario(s) en cualquier tiempo, siempre que esta póliza esté en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Tal designación se deberá hacer mediante una notificación por escrito a la Institución, de lo contrario la Institución pagará, sin responsabilidad alguna, el Beneficio por Fallecimiento

a la última designación de Beneficiario(s) de la cual haya tenido conocimiento.

4.8 REHABILITACIÓN

En caso de que este Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante o el Asegurado podrán rehabilitarlo, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- Que la rehabilitación se solicite por escrito a la Institución con la conformidad del Asegurado.
- Que el periodo transcurrido entre la primera prima al descubierto y la fecha de solicitud de rehabilitación se encuentre dentro de los plazos establecidos por la Institución.
- Que se compruebe a satisfacción de la Institución, que tanto el Asegurado Titular como sus Dependientes Económicos reúnen, en la fecha de la solicitud de la rehabilitación, las condiciones necesarias de salud y asegurabilidad en general.
- Cubrir por adelantado el importe de la prima o primas en descubierto, más los intereses por mora calculados con la tasa que la Institución tenga establecida para estos trámites.

La póliza rehabilitada cubrirá solamente los gastos resultantes de lesiones accidentales sufridas con posterioridad a la fecha en que la Institución acepte la rehabilitación.

Salvo las modificaciones que se haga a este Contrato con motivo de la rehabilitación, para todos los demás aspectos subsistirán las condiciones de este Contrato.

4.9 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y el(los) Asegurado(s) están obligados a declarar en la solicitud del seguro, conforme a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Institución a rescindir de pleno derecho este Contrato, aunque tales hechos no hayan influido

en la realización del siniestro, como lo previenen los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4.10 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.

4.11 MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Contratante y/o Asegurado a la Institución, o de ésta al Contratante, Asegurado y/o Beneficiario(s), deberán liquidarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se efectúe el pago, conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

En caso de que la Institución deba reembolsar algún gasto médico efectuado fuera del territorio nacional y en moneda extranjera, lo solventará en Moneda Nacional acorde con el tipo de cambio que rija en el

lugar y fecha en que se efectúe el pago, conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

4.12 NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación relacionadas con el presente contrato, deberá hacerse por escrito a la Institución precisamente en el lugar señalado como domicilio de la misma en la carátula de esta póliza, o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente aquella al Contratante y/o Asegurado Titular.

4.13 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá alegar lo que a su derecho corresponda ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la propia Institución Aseguradora 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.

5. VIGENCIA DEL SEGURO

5.1 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Las coberturas especificadas en la presente póliza surtirán sus efectos a partir de las 12:00 horas del día señalado como fecha inicial de vigencia en la carátula de la misma, respecto a cada uno de los Asegurados originalmente registrados en esta póliza.

Respecto de otros Dependientes Económicos posteriormente registrados, a partir de las 12:00 horas del día que se indique en la carátula de esta póliza.

5.2 FECHA DE TERMINACIÓN DE VIGENCIA

Cesarán los efectos de este contrato:

I. Totalmente

- a) A partir de las 12:00 horas del último día del Periodo de Seguro contratado, sin perjuicio del derecho de renovación.
- b) A partir de las 12:00 horas del último día del Periodo de Seguro en que el Asegurado Titular cumpla los 80 años de edad, a menos que esta póliza deba continuar vigente por aplicación de lo dispuesto en la cláusula de "Sustitución del Asegurado Titular".

II. Parcialmente, por lo que respecta a las pérdidas o gastos en que se incurra.

- a) Por su cónyuge, a partir de las 12:00 horas del último día del Periodo de Seguro en que el mismo cumpla 80 años de edad.

5.3 EDAD MAXIMA DE ACEPTACIÓN Y/O RENOVACIÓN

El límite máximo de edad para contratar o renovar esta póliza, tanto para el Asegurado Titular como para su cónyuge, dependerá de las políticas de emisión establecidas por la Institución.

Sus hijos, podrán ser admitidos hasta la edad de 19 años si son solteros o hasta los 24 años si son solteros y estudiantes de tiempo completo.

5.4 INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

Si el cónyuge del Asegurado Titular es considerado como Asegurado en la presente póliza, los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia este Contrato se podrán considerar Asegurados a partir de la fecha en que cumplan tres meses de edad, siempre que se solicite por escrito su inclusión y ésta sea aceptada por la Institución conforme a las pruebas de asegurabilidad requeridas.

5.5 SUSTITUCIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Si al cumplir el Asegurado Titular la edad de 80 años, o al ocurrir su fallecimiento, la presente póliza se encuentra en vigor, los efectos de este Contrato no cesarán sino hasta la fecha de expiración del Periodo de Seguro en el que ocurrió cualquiera de los hechos mencionados anteriormente. Si su cónyuge se considera, para los efectos de esta póliza como Asegurado, éste podrá renovar el Contrato asumiendo a partir de dicha fecha todos los derechos y obligaciones que le corresponde al Asegurado Titular, de acuerdo a las condiciones estipuladas en el presente Contrato.

5.6 DERECHO DE CONVERSIÓN

En caso de que hubiesen cesado los efectos de este contrato respecto de algún Asegurado, en razón de su edad o independencia económica, y que dicho dependiente solicite por escrito dentro de los treinta días siguientes a la fecha del cese y siempre que su edad no exceda de 79 años, a que le sea expedida una póliza individual de Accidentes Personales, por una Suma Asegurada igual o menor a la que se encontraba en vigor al momento de la separación de la presente póliza, sin que para esto sea necesario presentar nuevas pruebas de asegurabilidad.

Las primas aplicables serán la que se encuentre en vigor en la fecha de conversión, de acuerdo a su edad, sexo y ocupación.

Cualquier exclusión especial aplicable bajo esta póliza a dicha persona, también le será aplicable en la nueva póliza.

5.7 DERECHO DE RENOVACIÓN

Al finalizar el Periodo de Seguro, este contrato podrá ser renovado por un nuevo periodo de igual duración, siempre y cuando ninguna de las partes, Contratante e Institución, haya manifestado por escrito su decisión de no hacerlo dentro del Periodo de Seguro vigente.

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, y de acuerdo a su edad, sexo y ocupación.

6. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

6.1 PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar en las oficinas de la Institución, contra entrega del recibo oficial por la misma, el importe de la prima convenida por los riesgos amparados en este Contrato, en los plazos, términos y condiciones establecidas.

Las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza, más el recargo por póliza vigente al momento del vencimiento anual de cada prima y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, más el impuesto correspondiente y en su caso la tasa de financiamiento por pago fraccionado, integrarán la prima a la que se refiere el párrafo anterior.

El periodo de pago de las primas es anual, pero el Asegurado puede optar por liquidarla de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, ya sea de forma mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado correspondiente a la opción elegida. 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, la cual se indica en la carátula de la presente póliza. A partir de esta fecha de vencimiento, el Asegurado tendrá un "Periodo de Gracia" de 30 días naturales para efectuar el pago correspondiente, si después de este plazo el Asegurado no ha cubierto su pago, la póliza se cancelará.

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.

6.2 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 y a la Ley.

6.3 OTROS SEGUROS

El Contratante tendrá la obligación de poner en conocimiento de la Institución la existencia de otros seguros relacionados con el Reembolso de Gastos Médicos, contratados durante la vigencia de esta póliza, que cubra en todo o en parte los beneficios amparados aquí contratados. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de los aseguradores, así como las coberturas y condiciones estipuladas.

En este caso, la Institución sólo estará obligada a pagar la parte proporcional que corresponda, de tal manera que la indemnización que el Asegurado reciba por todas las pólizas no le represente ningún lucro o provecho ilícito.

6.4 CAMBIO DE OCUPACIÓN

En caso de cambio de ocupación 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.

7. INDEMNIZACIONES

7.1 AVISO

Cualquier lesión que pueda ser motivo de una indemnización deberá ser notificada por escrito a la Institución dentro de los cinco días siguientes a su realización o manifestación.

7.2 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Todas las indemnizaciones al amparo de esta póliza, deberán ser reclamadas con las formas que para tal

efecto proporcione la Institución. En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indiquen 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 a la realización del siniestro y a los gastos efectuados. Todos los comprobantes por gastos indemnizables deberán ser originales y reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos Fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Institución una vez pagada la Indemnización correspondiente.

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

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 evento, ya sea el Contratante o cualquier otro de los Asegurados quien haya incurrido en las conductas descritas.

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

7.3 PAGO

La Institución pagará al Asegurado Titular o Contratante, según sea el caso, la indemnización que corresponda dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que reciba u obtenga todas las pruebas que acrediten la procedencia de la reclamación. En caso de que el Asegurado Titular o el Contratante, según corresponda, fallezca o se encuentre incapacitado para el ejercicio de sus derechos civiles, el pago se realizará a la sucesión legal del mismo.

En caso de que esta póliza contenga un Beneficio por

Sobrevivencia, el beneficio correspondiente, conforme a lo estipulado para dicho seguro, se pagará al Asegurado al vencimiento del plazo del mismo. Únicamente las Sumas Aseguradas por muerte accidental serán pagadas al (los) Beneficiario(s) designado(s).

7.4 AUSENCIA DE BENEFICIARIO

Cuando no haya Beneficiario designado, el Beneficio por Fallecimiento se pagará a la sucesión legal del Asegurado: Esta misma regla se seguirá en caso de que todos los Beneficiarios hayan muerto antes que fallezca el Asegurado (o simultáneamente en caso de que no se pueda establecer el orden de muerte), y éste último no hubiera hecho una nueva designación.

Cuando haya varios Beneficiarios designados, la parte correspondiente del Beneficio por Fallecimiento de los que mueran antes del Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo que el Asegurado haya dispuesto otra cosa.

7.5 DEDUCCIONES

La Institución tendrá derecho a compensar, contra las prestaciones mencionadas en el inciso referente al "Pago de Indemnizaciones" lo siguiente:

- a) Cualquier adeudo que tuviera el Asegurado en favor de la Institución por causa de este Contrato.
- b) La Prima pendiente de pago correspondiente al periodo de seguro en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, o la parte de dicha Prima en caso de haberse convenido el pago fraccionado de la misma.

7.6 INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización o renta correspondiente en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, en vez de interés legal asegurable, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario(s) un interés moratorio calculado a una tasa anual igual al promedio del Costo Porcentual Promedio de captación que publica mensualmente el

Banco de México, durante el lapso de mora. Dicho interés de computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días señalado en el citado precepto.

En caso de juicios o arbitrajes en los términos del Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, los intereses moratorios se calcularán conforme a lo dispuesto en el mismo.

8. EXCLUSIÓN AUTOMÁTICA POR ACTIVIDADES ILÍCITAS

Será causa de terminación anticipada del contrato de seguro sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado, Contratante o Beneficiario fuere condenado mediante sentencia definitiva por delitos contra la salud (narcotráfico), ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso de que el asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el asegurado y/o el contratante y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora rehabilitará la póliza, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el asegurado al descubierto, debiendo el asegurado cubrir las primas que ha dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando, procediendo en consecuencia la indemnización de cualquier siniestro

asegurado que hubiere ocurrido en ese lapso.

EXCLUSIÓN OFAC

Será causa de exclusión en el presente contrato si el asegurado, contratante y/o beneficiario fuere condenado mediante sentencia por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en el territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo, o bien es mencionado en las listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

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, aún de aquellos trabajadores o personal que dejen de prestar sus servicios, así como cuando concluya la relación entre la Institución y el Contratante 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 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.

Asimismo, la Institución podrá verificar de manera aleatoria que dichos expedientes se encuentren integrados de conformidad con lo señalado en este endoso.

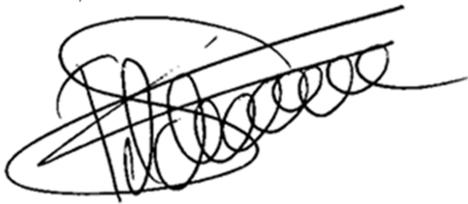
En términos de lo señalado en las Disposiciones citadas, los expedientes a que se refiere el presente inciso deberán conservarse por un plazo mínimo de diez años, contados a partir de la fecha en que el Asegurado correspondiente hubiere causado baja de la Póliza por cualquier motivo.

Únicamente cuando el Asegurado participe en el pago de la prima y ésta sea igual o mayor a dos mil quinientos dólares de los Estados Unidos de América o su equivalente en otras monedas de curso legal, se deberán recabar los siguientes datos y documentos de identificación:

- Datos: nombre(s), apellido paterno y apellido materno; fecha de nacimiento; país de nacimiento; nacionalidad; ocupación o profesión; actividad o giro del negocio al que se dedique el Asegurado; domicilio particular; teléfono; dirección de correo electrónico, cuando cuenten con ésta; Clave Única de Registro de Población (CURP) y Registro Federal de Contribuyentes (RFC), cuando cuenten con ellos; y número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), cuando cuente con ésta, así como nombre, domicilio y fecha de nacimiento de sus Beneficiarios;
- Documentos: identificación oficial personal; comprobante de domicilio; Constancia de la Clave Única de Registro de Población o Cédula Fiscal, cuando cuente con ellas y comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), cuando cuente con ella.

Para los casos distintos a los señalados anteriormente, solo será necesario recabar el nombre, domicilio y fecha de nacimiento del Asegurado, así como de sus Beneficiarios.

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificación alguna, en lo que respecta a este endoso.



Lic. Víctor Adrián Feldmann González
DIRECTOR NACIONAL LÍNEAS PERSONALES

Muestra sin valor

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 CGEN-S0038-0171-2005 de fecha 16/dic/2005.