

**SERIE ORO DÓLARES
CONDICIONES GENERALES**

Póliza No.:
Expedido a Nombre de:

CONTENIDO

Objeto del Seguro	2
Plan de Seguro	2
Período de Cobertura	2
Definición de Contratante y Asegurado	2
Beneficiarios	2
1. Beneficiario Irrevocable	2
2. Falta de Designación	2
Cobertura por Fallecimiento	2
Anticipo sobre la Cobertura por Fallecimiento	3
Fondo en Administración	3
Prima	3
Pago automático de Primas	4
Rehabilitación	4
Moneda	4
Terminación Anticipada	4
Medios para el Pago de Prima	5
Disputabilidad	5
Suicidio	5
Modificaciones al Contrato	6
Rectificación de la Póliza	6
Cambio de Plan	6
Comunicaciones	6
Carencia de Restricciones	6
Competencia	6
Prescripción	7
Indemnización por Mora	7
Exclusión Automática por Actividades Ilícitas	7
Exclusión OFAC	8
Medio para la Consulta de Preceptos Legales	8
Procedimiento en Caso de Siniestro	8
Oficinas y Horarios de Atención	9
Datos de Localización de la Unidad Especializada	9
Datos de Contacto de la CONDUSEF	9
Cláusula para el Uso de Medios Electrónicos	10

SERIE ORO DÓLARES CONDICIONES GENERALES

Póliza No.:
Expedido a Nombre de:

OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante la Institución, pagará al Beneficiario designado por el Asegurado para la cobertura por fallecimiento, la suma que se estipula como beneficio de dicha cobertura en la tabla de suma asegurada, de la manera y en los términos y condiciones que más adelante se establecen, inmediatamente después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa del fallecimiento del Asegurado.

PLAN DE SEGURO

El plan de seguro al que se sujetan estas condiciones generales, está constituido por: la solicitud de la póliza; la carátula de la póliza; las tablas de pago de primas y suma asegurada; los valores garantizados; las cláusulas adicionales y las demás características y modalidades a que se sujetará el seguro contratado.

PERÍODO DE COBERTURA

El inicio y fin del período de cobertura del plan de seguro, surtirán efecto a las 12 horas de los días especificados en la carátula de la póliza.

DEFINICIÓN DE CONTRATANTE Y ASEGURADO

Para los efectos de este seguro, se entiende por "Contratante" la persona física o moral que ha solicitado la expedición de esta póliza y se obliga con la Institución al pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la misma se estipulan.

Se denomina "Asegurado", la persona física designada en la carátula de esta póliza, sobre cuya vida se celebra este contrato.

Cuando el Contratante sea la misma persona que el Asegurado, a ella corresponderán los derechos y obligaciones que para uno y otro establece este contrato.

- a) El monto estipulado como beneficio por fallecimiento en la tabla de suma asegurada.

BENEFICIARIOS

El Asegurado tendrá derecho de designar en cualquier tiempo, beneficiarios para cada una de las coberturas contratadas, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Institución, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

1. 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 la presente póliza, 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 los que 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.

2. FALTA DE DESIGNACIÓN

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 la de los demás.

COBERTURA POR FALLECIMIENTO

La cobertura por fallecimiento del Asegurado estará constituida por:

- b) El importe del Fondo en Administración.
c) Las sumas aseguradas estipuladas mediante

cláusulas adicionales que formen parte de esta póliza.

La Institución pagará en una sola exhibición la presente cobertura, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales, una forma de pago diferente.

La Institución tendrá derecho a compensar contra la cobertura por fallecimiento, cualquier adeudo que tuviera el Contratante en favor de la Institución por causa de este contrato, incluyendo la parte no devengada de la prima del período durante el cual ocurrió el fallecimiento.

ANTICIPO SOBRE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando hayan transcurrido dos años de vigencia ininterrumpida contados a partir de la fecha de emisión de la póliza o de su última rehabilitación, los beneficiarios designados para la cobertura por fallecimiento que presenten esta póliza y el certificado médico de defunción, tendrán derecho a que la Institución les pague a título de anticipo; en total hasta el quince por ciento (15%) de la suma asegurada del plan básico, a cuenta de la parte que de ésta les corresponda.

En ningún caso el pago mencionado en el párrafo anterior será mayor a dos años de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, ni mayor a la parte que por la mencionada cobertura le corresponda al beneficiario reclamante.

FONDO EN ADMINISTRACIÓN

Es la cantidad de dinero a favor del Contratante, depositada en la Institución para su administración, constituida por:

- a) Las sumas aseguradas de los dotales a corto plazo que en su caso hubieran sido contratados adicionalmente.
- b) Los intereses generados por la inversión del monto establecido en el inciso anterior.

Este fondo se invertirá en valores de renta fija emitidos por instituciones de crédito o por el Gobierno Federal,

o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones que permitan obtener el mayor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad y con la liquidez necesaria a juicio de la propia Institución. La Institución no invertirá el fondo en instrumentos de renta variable.

El depósito e inversión de los montos de los incisos arriba mencionados, se hará de manera automática en el fondo en administración descrito en la presente cláusula. En cualquier momento, el Contratante podrá solicitar el retiro total o parcial del fondo en cuestión.

La Institución tendrá derecho a compensar contra este fondo cualquier adeudo que tuviera el Contratante en favor de la misma por causa de este contrato.

Al menos una vez al año, se le enviará al Contratante un estado de cuenta indicándole todos los movimientos operados en el año precedente, así como su saldo acumulado en el fondo en administración.

PRIMA

El Contratante se obliga a pagar anualmente, en el domicilio de la Institución, el importe de la prima que se establece en la tabla de pago de primas, así como el recargo por póliza que determine y registre la Institución ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El período de pago de cada prima es anual, pero podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración no inferiores a un mes, 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 período para el que resulte calculada. A partir de esa fecha de vencimiento, el contratante tendrá un **"período 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, a menos que se haga efectiva la cláusula de Pago Automático de Primas.

En caso de que el conducto de pago de la prima elegido expresamente por el Contratante, sea cargo

automático a una tarjeta de crédito de una institución bancaria en convenio con la Institución, el estado de cuenta en el que aparezca el cargo correspondiente, hará prueba suficiente de dicho pago.

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.

PAGO AUTOMÁTICO DE PRIMAS

Si el Contratante deja de pagar una prima o una de sus fracciones, transcurrido el período de gracia otorgado para su pago, la Institución descontará del fondo en administración el importe de dicha prima o fracción.

En caso de que el fondo en administración fuera insuficiente para cubrir la prima o fracción vencida, se aplicará el valor en efectivo de cada uno de los dotales a corto plazo, así como el valor de rescate de cada una de las cláusulas vitalicias saldadas a prima única (AVE), que se tengan contratados hasta cubrir el total de la prima faltante. Si lo anterior no fuera suficiente, la póliza quedará automáticamente cancelada y la Institución quedará liberada de toda obligación derivada de este contrato.

REHABILITACIÓN

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante o Asegurado podrá solicitar rehabilitarlo en cualquier momento dentro de los dos años posteriores a la fecha de cancelación, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) El Contratante o Asegurado lo soliciten por escrito a la Institución.
- b) El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad relativos a su estado de salud, edad y ocupación que la Institución le requiera.
- c) Pagar el importe del ajuste correspondiente al período comprendido desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.

Este contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Institución comunique por escrito al Contratante o Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

MONEDA

Todos los pagos que el Contratante y la Institución deban realizar conforme a esta póliza, se liquidarán en moneda nacional al tipo de cambio de venta del dólar de los E.U.A. a la fecha de pago, conforme a los lineamientos que establece la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del Contrato por escrito en las oficinas de la Institución Aseguradora o por la misma vía por la que éste hubiere sido contratado.

La Institución Aseguradora proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio a dicha solicitud. En todo caso, la Institución Aseguradora no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del contrato sin que exista una causa justificada.

A la terminación del Contrato, el Contratante recibirá los valores que corresponda según lo descrito en las condiciones generales del producto básico al cual se adhiere esta Cláusula General.

Tratándose de omisiones o inexactas declaraciones del Contratante y/o Asegurado, la Institución Aseguradora comunicará en forma auténtica al Contratante, Asegurado o a sus Beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración. Cuando la Institución Aseguradora rescinda el Contrato por causa de agravación del riesgo, la terminación surtirá efectos a los quince días de haber sido recibida la notificación por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios.

En caso de cesación de los efectos del Contrato por:
(i) Falta de pago de la prima o la fracción correspondiente dentro del plazo convenido; (ii) por omisión en el aviso de agravación del riesgo o (iii) en caso de que el Contratante y/o Asegurado provoquen una agravación esencial del riesgo no mediará

notificación alguna.

Salvo lo establecido en el presente endoso, los demás términos y condiciones de la póliza no tienen cambio alguno.

MEDIOS PARA EL PAGO DE PRIMA

El importe de la Prima convenida podrá ser cubierta a través de los siguientes medios:

1. Cargo Automático a tarjeta de crédito, débito y cuenta CLABE
2. Pago vía Telefónica con cargo a tarjeta de crédito, débito y cuenta CLABE
3. Pago en bancos y establecimientos de convenio
4. Pago en línea (internet)

Para mayor detalle puede consultar nuestro portal en www.mnyl.com.mx o llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT) al número 018005054000.

El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de transacción e impresión de la misma emitido por la institución bancaria o establecimiento con los cuales la Institución Aseguradora tenga convenio de recepción de pagos en el que aparezca el cargo de la prima respectiva hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Institución Aseguradora proporcione el comprobante correspondiente.

Estos medios de pago pueden sufrir cambios y modificaciones.

DISPUTABILIDAD

Durante los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio del período 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.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años

contados a partir de la fecha en que haya iniciado la efectividad de este contrato o de su última rehabilitación, la Institución pagará a los beneficiarios únicamente la reserva matemática correspondiente a la fecha en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, quedando liberada de toda obligación derivada de este contrato.

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 dentro de los dos primeros años contados a partir de 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 reserva matemática correspondiente a la fecha en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, quedando liberada de la obligación de pagar dicho incremento y los beneficios derivados de las cláusulas citadas.

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, ajustadas a los modelos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, ningún agente ni cualquier otra persona no autorizada por la Institución podrá cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

“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”. (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

CAMBIO DE PLAN

El Contratante podrá cambiar en cualquier tiempo el plan de seguro de este contrato por otro de los que emita la Institución, siempre que la prima del nuevo plan, en la fecha de cambio, sea mayor a la del plan original. Para lo cual deberá formular su solicitud por escrito a la Institución y cumplir los requisitos que ésta tenga definidos para el cambio propuesto.

COMUNICACIONES

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, con lo que bastará para que se tengan por hechos válidamente.

Cualquier comunicación que el Contratante o el Asegurado quieran hacer a la Institución relacionada con el presente contrato, 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.

CARENCIA DE RESTRICCIONES

El presente contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, viajes, ocupación o género de vida del Asegurado, posteriores a la contratación del seguro.

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.

PRESCRIPCIÓN

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

- I. En cinco años, tratándose exclusivamente de cualquier 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 estos 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 sólo 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 esta Institución.

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 haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

EXCLUSIÓN AUTOMÁTICA POR ACTIVIDADES ILÍCITAS

Será causa de terminación anticipada del contrato de seguro sin responsabilidad para la Institución, si el Asegurado, Contratante o Beneficiario fuere condenado mediante sentencia definitiva por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia 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 Institución 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/u 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.

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

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro amparado y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Institución Aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para dar el aviso correspondiente, el cual deberá ser por escrito si en el Contrato no se estipula otra cosa.

Las reclamaciones que efectúe el Asegurado o beneficiario al amparo de esta póliza deberán ser presentadas en los formatos que proporcione la Institución Aseguradora y los medios o tecnologías acordados entre las partes. Los datos e informes consignados en las reclamaciones y presentados a la Institución se entenderán bajo protesta de decir verdad.

Para obtener dichos formatos, o bien aclarar cualquier duda sobre el proceso de indemnización puede contactar a su Agente de Seguros, acudir a las oficinas de la Institución Aseguradora, consultar la página web www.mnyl.com.mx, o bien llamar a los teléfonos 01 800 505 4000.

Además, con la reclamación exhibirá las pruebas que obren en su poder o las que estén en condiciones de obtener, así como todas aquellas que le solicite la Institución Aseguradora relativas a la realización del siniestro.

Estos documentos quedarán en poder de la Institución Aseguradora una vez pagada la indemnización correspondiente.

De acuerdo con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Institución Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro amparado y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

Las obligaciones de la Institución Aseguradora

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 sobre los hechos relacionados con el siniestro (artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En tal virtud el ocultar elementos probatorios, la omisión de informes, datos u obstaculizar investigaciones o comprobaciones que la Institución Aseguradora practique o intente practicar, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución Aseguradora de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

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.

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

OFICINAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN

Para conocer el domicilio de la oficina de la Institución Aseguradora más cercana a su ubicación, los horarios de atención y el tipo de operaciones que podrá realizar en cada una de ellas consulte a su Agente de Seguros, la página web www.mnyl.com.mx, o bien llame al 01800 505 4000.

DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA

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 7, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, Lada sin costo 01 800 505 4000. Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 horas clientes@mnyl.com.mx

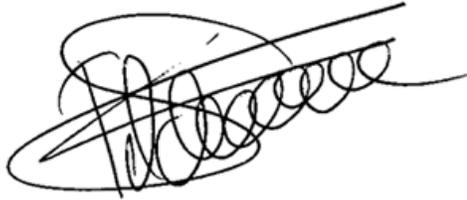
DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Av. Insurgentes Sur 762. Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Teléfonos (55) 5340 0999 y (01 800) 999 8080 www.condusef.gob.mx, asesoria@condusef.gob.mx

**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.



Lic. Victor Adrián Feldmann González
DIRECTOR EJECUTIVO DE CANALES DE DISTRIBUCIÓN

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 19 de Enero de 2005, con el número CNSF-S0038-0060-2005, a partir del 22 de noviembre del 2011 con el registro CGEN-S0038-0269-2011, a partir del 10 de marzo del 2015 con el registro RESP-S0038-0020-2015, a partir del 27 de mayo del 2016 con el registro RESP-S0038-0131-2016, a partir del 28 de septiembre del 2017 con el registro CGEN-S0038-0110-2017, a partir del 4 de octubre del 2017 con el registro CGEN-S0038-0120-2017 y a partir del 15 de mayo de 2018 con el registro CGEN-S0038-0022-2018/CONDUSEF-000198-02.