

CONDICIONES GENERALES DE VIDA GRUPO PARA PÓLIZAS DE EXPERIENCIA PROPIA

Condiciones que se adhiere y forma parte integrante de las póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<Poliza>> a nombre de <<vt_Contra>>, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>

I. OBJETO DEL SEGURO.

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante la "Institución" pagará a los Beneficiarios designados por los Asegurados, la suma asegurada que corresponda en términos de la Póliza.

Los beneficios adicionales que se contraten, se regirán de acuerdo a las condiciones específicas que se contengan en los endosos respectivos.

II. DEFINICIONES.

Para efectos del presente Contrato, los siguientes términos tendrán los significados que se señalan a continuación:

- a) 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, el cual deberá encontrarse previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- b) Contratante: La persona física o moral que celebre el Contrato de Seguro con la Institución.
- c) Asegurado: Persona física integrante de la Colectividad Asegurada, cuyo nombre se encuentra dentro del Registro de Asegurados.
- d) Beneficiario: Persona designada por el Asegurado en el Certificado Individual correspondiente, como titular de los derechos indemnizatorios derivados de la cobertura contratada.

- e) Institución: Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.
- f) Grupo Asegurable: Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común, lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato.
- g) Grupo Asegurado: Conjunto de personas que perteneciendo a un Grupo Asegurable, otorgaron su consentimiento para ser asegurados en términos del Contrato de Seguro.
- h) 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.

III. DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

La Suma Asegurada para cada miembro del grupo se determinará de acuerdo con lo establecido en la solicitud por el Contratante y aceptado por la Institución. La Suma Asegurada máxima que la Institución cubrirá para los miembros del Grupo Asegurable, sin necesidad de que éstos presenten pruebas médicas de asegurabilidad, será la que se estipula en la Carátula de la Póliza; los Asegurados que superen la Suma Asegurada máxima, a efectos de quedar asegurados, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Institución considere pertinentes, en función al monto de la suma asegurada y edad del Asegurado.

En caso de que antes de ocurrir un siniestro la Institución se percate de que la Suma Asegurada que corresponde a algún miembro del Grupo Asegurado, en términos de lo acordado en el Contrato de Seguro, es distinta del que consta en el certificado correspondiente, la Institución, modificará la Suma Asegurada en el Registro de Asegurados y sustituirá el Certificado. Si la modificación a la Suma Asegurada implica un incremento de la misma, el Contrato de Seguro será disputable por el monto

incrementado en términos de la Cláusula correspondiente, hasta por el importe correspondiente.

Si con posterioridad a la ocurrencia de un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado Individual correspondiente no concuerda con la regla para determinarla, la Institución estará obligada a pagar la Suma Asegurada que corresponda de acuerdo con lo estipulado en la póliza, debiendo en su caso, efectuar el ajuste correspondiente a la prima.

IV. 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 del Grupo Asegurado 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 al Grupo Asegurado, los cuales serán reportados por el Contratante en los siguientes términos:

1. ALTA DE ASEGURADOS.

Las personas que ingresen al Grupo o 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 del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o 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 del Grupo Asegurado, 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 del Grupo Asegurado, 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 del Grupo Asegurado 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 al Grupo Asegurado en la fecha de renovación del contrato.

El Contratante deberá comunicar por escrito a la Institución, tan pronto como tenga conocimiento de las bajas del Grupo o reciba los Consentimientos de los Asegurados, los nombres de las personas que deban ser altas o bajas del Grupo Asegurado, 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.

V. 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;
- 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 de Grupo 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.

VI. 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 del Grupo Asegurado 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.”

VII. 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 del grupo 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, 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 del grupo correspondiente al periodo vencido.

En cada renovación de esta póliza, el Contratante tendrá derecho a cambiar la forma de pago de la prima, por meses, trimestres, semestres o anualidades, mediante solicitud por escrito a la Institución y remitiendo el presente contrato para la anotación correspondiente.

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.

VIII. 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 del grupo, la suma asegurada en vigor y la edad alcanzada para cada miembro del Grupo Asegurado y aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

A cada miembro del grupo 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 del grupo, se le aplicará lo estipulado en el numeral 2 del punto IV. Registro de Asegurados.

IX. VIGENCIA 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 del Grupo Asegurado pierden su calidad de Grupo Asegurable; debiendo la Institución devolver la prima no devengada 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.

X. INICIO DE COBERTURA Y AUMENTO DE SUMA ASEGURADA.

Todas las personas que forman parte del Grupo Asegurable, o que tengan derecho a un aumento en la suma asegurada conforme a las bases consignadas en la cláusula "Determinación de la Suma Asegurada", se considerarán como asegurados por el monto que a cada uno le corresponda, siempre que el Contratante pague a la Institución la prima correspondiente, y se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

- 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 al Grupo Asegurado o al aumento de la Suma Asegurada, quedará asegurada a partir de la fecha en que ingrese al Grupo 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 días posteriores a la fecha en que ingrese al Grupo Asegurable o tenga derecho al aumento en el importe de la Suma Asegurada, 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 días de la fecha en que tuvo derecho a ingresar al Grupo Asegurable o al aumento de Suma Asegurada, deberá presentar, sin costo alguno para la Institución, las pruebas de asegurabilidad que razonablemente requiera la Institución. Si el resultado de dichas pruebas es satisfactorio para la Institución, la cobertura del seguro o el aumento entrarán en vigor desde la fecha en que se acepten estas pruebas, mediante la inscripción en el registro respectivo.

XI. INDEMNIZACIÓN.

Los Beneficiarios designados tendrán acción para cobrar de la Institución la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en la Póliza.

El Beneficiario o el Asegurado, según la cobertura afectada, deberán proporcionar a la Institución toda la información y documentación que solicite para

conocer el fundamento y procedencia de la reclamación.

Treinta días después de que la Institución cuente con toda la documentación e información que requiera, vencerá el plazo a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

XII 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 del Grupo Asegurable, para lo cual se entenderá por:

- **Experiencia Propia**, cuando la prima del Grupo Asegurable esté determinada con base en experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Los dividendos por siniestralidad favorable se otorgarán de acuerdo a las siguientes reglas:

- El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia de la póliza.
- No podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados.
- En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos.
- Los Dividendos se calcularán con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos considerando la experiencia total del grupo asegurado, donde la prima neta de riesgo se calcula como: **(Prima de Tarifa) * (1- Gastos de Administración – Costo de Adquisición – Margen Utilidad) .**
- No se considerará para efectos del cálculo de Dividendos la prima correspondiente a los

excedentes de Suma Asegurada sin requisitos médicos pactada en la carátula de la póliza, ni la correspondiente al costo por reaseguro facultativo.

- En caso de que existan ajustes en prima y/o en reclamaciones de siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, no considerados en el pago de la participación, se ajustará el monto de la participación cuando el resultado sea favorable al cliente, en caso contrario, el contratante se compromete a devolver el dividendo hasta el monto que resulte, en el momento que sea solicitado por la compañía. Siendo la máxima devolución el dividendo que se le haya pagado.

Cuando los Asegurados contribuyan con el pago de la prima en el Contrato de Seguro y se haya pactado en el mismo el pago de dividendos, cuando estos existan, la Institución cumplirá con su obligación de pagar los dividendos a los Asegurados, entregando al Contratante los montos que les correspondan, señalando el monto que corresponda a cada uno de los Asegurados.

El Contratante será responsable de entregar los montos correspondientes a los dividendos de cada uno de los Asegurados que forman parte del Grupo Asegurado, por lo que se obliga a sacar en paz y a salvo a la Institución de cualquier reclamación o demanda que los Asegurados pudieran presentar en contra de la Institución por este concepto.

XIII. DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO.

En los Seguros de Grupo cuyo objeto al contratarse sea el otorgar una prestación laboral, la Institución tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo Asegurado que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Institución.

Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo Asegurado deberá presentar su solicitud a la Institución, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma

asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Institución, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse.

La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Institución la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

XIV. CAMBIO DE CONTRATANTE.

Para el caso de los Seguros de Grupo 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 al Grupo Asegurado, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión 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. CESIÓN.

Los derechos derivados de los Certificados Individuales, (dividendos y devolución de primas), podrán ser transmitidos sólo mediante declaración hecha por el Asegurado (cedente) en el certificado respectivo y previa notificación a la Institución por medio de una constancia suscrita por el propio Asegurado.

XVI. RENOVACIÓN.

La Institución podrá renovar el Contrato de Seguro, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos de asegurabilidad y del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades 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 en las notas técnicas respectivas.

XVII. 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 entrará en vigor desde la fecha de aceptación de la solicitud de rehabilitación por parte de la Institución, acreditada mediante un endoso a este contrato.

XVIII. CARENCIA DE RESTRICCIONES CON RESPECTO A RESIDENCIA, VIAJES U OCUPACIÓN.

El presente Contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, viajes, ocupación o género de vida del Asegurado, salvo por aquellas restricciones que se encuentren estipuladas en los endosos que contengan los beneficios adicionales contratados.

XIX. 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 periodo, 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.**

XX. 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 reserva matemática, 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 dentro del segundo año contado 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 parte de la prima no devengada 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.

XXI. EDAD.

La Institución tiene el derecho de exigir a la persona que reclame el pago de cualquier seguro amparado por esta póliza, pruebas fehacientes de que la edad manifestada por el miembro del Grupo Asegurado en el consentimiento respectivo fue exacta, salvo que la Institución haya aceptado con anterioridad la edad de dicho miembro mediante la expedición del comprobante respectivo.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de un Asegurado, la Institución no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la Institución. En este caso la Institución devolverá al Asegurado la reserva matemática en la fecha de la rescisión.

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.

XXII. 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.

XXIII. 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.

XXIV. 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.

XXV. 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.

Para todos los efectos legales de esta póliza, ambas partes se obligan a notificar por escrito dentro del término de cinco días, cualquier cambio que se opere en sus domicilios respectivos.

XXVI. 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.

XXVII. 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.

XXVIII. 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.

XXIX. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

En cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el artículo 25 del mismo ordenamiento, que textualmente señala: *"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"*. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

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.

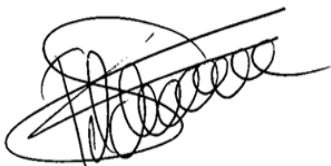
EXCLUSIÓN OFAC

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.

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



FUNCIONARIO AUTORIZADO

SIN VALOR

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 05 de noviembre del 2010 con el número CNSF-S0038-0761-2010/CONDUSEF-000683-01 y a partir del del 27 de mayo del 2016 con la clave RES-S0030-00131-2016.