

VISUALIZA
CONDICIONES GENERALES

Póliza No.:

Expedido a Nombre de:

CONTENIDO

Objeto del Seguro	3
Plan de Seguro.....	3
Período de Cobertura.....	3
Definición de Contratante y Asegurado.....	3
Beneficiarios.....	3
1. Beneficiario Irrevocable.....	3
2. Falta de Designación.....	3
Fondo de Reserva.....	4
1. Alternativas de Rendimiento	4
2. Redefinición de las Alternativas de Rendimiento.....	4
Estado de Cuenta.....	5
Coberturas por Fallecimiento.....	5
Cobertura por Muerte Accidental	5
Cobertura por Muerte No Accidental.....	5
Coberturas Excluyentes.....	5
Consideraciones de las Coberturas de Fallecimiento.....	5
Cobertura por Supervivencia.....	5
Primas	5
Prima Básica.....	5
Prima Adicional	6
Costo del Seguro.....	6
1. Gasto en Porcentaje de Ingresos.....	6
2. Deducciones Mensuales.....	6
Valor en Efectivo	6
Retiros Parciales	7
Rehabilitación.....	7
Lugar de pago	7
Moneda	7
Disputabilidad.....	7
Suicidio.....	8
Modificaciones al Contrato.....	8
Rectificación de la Póliza	8
Comunicaciones.....	9

Entrega de la Póliza	9
Carencia de Restricciones	9
Competencia	9
Prescripción	10
Indemnización por Mora.....	10
Transcripción de Disposiciones Aplicables.....	10
A los Contratos de Seguro Declaración de Riesgos Relevantes Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro	10
Declaración de Riesgos Relevantes Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	10
Agravación del Riesgo.....	10
Ocurrencia del Siniestro.....	10
Exigibilidad de Información Sobre el Siniestro Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	11
Rescisión o Nulidad del Contrato.....	11
Plazo Para el Pago de Indemnización.....	11
Edad Artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	11
Edad Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	11
Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.....	11
Art. 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.....	13
Medio para la Consulta de Preceptos Legales.....	13
Datos de Localización de la Unidad Especializada.....	13
Datos de Contacto de la CONDUSEF	14

VISUALIZA 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 Asegurada que se indica en la carátula de póliza, más el saldo del Fondo de Reserva, si lo hubiere, 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; la tabla de costos de seguro y gastos de administración; 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" al patrón ya sea persona física o moral que, con el consentimiento del Asegurado, 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 a su cargo en la misma se estipulan.

Se denomina "Asegurado" a la persona física designada en la carátula de esta póliza, sobre cuya vida se celebra este contrato y que mantiene una relación laboral con el Contratante.

En caso de que el patrón o el empleado den por terminada la relación laboral entre ambos, el Asegurado tendrá la opción de continuar con la

protección de esta póliza solicitando a la Institución el cambio de Contratante correspondiente.

BENEFICIARIOS

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 El Asegurado tendrá derecho de designar en cualquier tiempo Beneficiarios para 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

Se hará constar en la presente póliza, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de Beneficiario Irrevocable.

2. FALTA DE DESIGNACIÓN

Si el Asegurado no hubiera designado Beneficiarios o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación, el importe del seguro se pagará de la siguiente forma:

1. Cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado. A falta de éste, se pagará a:
2. Hijos del Asegurado en igual proporción. A falta de éstos, se pagará a:
3. Padres del Asegurado en igual proporción.

A falta de todos los anteriores, se realizará el pago a la sucesión legal del Asegurado.

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.

FONDO DE RESERVA

Es la cantidad de dinero a favor del Contratante, ingresada en la Institución, constituida por:

- a) Las primas básicas y primas adicionales que la Institución reciba del Contratante descontándoles el cargo por concepto de Gasto en Porcentaje de Ingresos descrito en la cláusula Costo del Seguro, al momento de cada ingreso;
- b) Más los rendimientos netos que en su caso sean generados de las mismas;
- c) Menos las deducciones que se generen de acuerdo a lo estipulado en los términos de las presentes Condiciones Generales.

Los ingresos de primas básicas y primas adicionales, así como los egresos derivados de las deducciones, se realizarán a través de este Fondo de Reserva.

El Fondo de Reserva será invertido por la Institución en instrumentos de inversión autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para dichos efectos, en el entendido que el rendimiento fluctuará de acuerdo a las alternativas de rendimiento que elija el Contratante, y depende de las condiciones del mercado financiero y los valores en los que se encuentre invertido.

1. ALTERNATIVAS DE RENDIMIENTO

El contratante podrá elegir diferentes alternativas de rendimiento del Fondo de Reserva de la póliza, constituido a su favor. Dichas alternativas de rendimiento serán de acuerdo con la oferta que determine la Institución. El contratante podrá a su entera discreción declarar por escrito a la Institución, la opción en que desea obtener rendimientos de su Fondo de Reservas, indicando los porcentajes de su Fondo de Reserva que generarán rendimiento de acuerdo a dichas alternativas de rendimiento. El Contratante podrá modificar las alternativas de rendimiento elegidas, mediante los medios que la Institución ponga a su disposición.

Durante los primeros treinta días naturales, a partir de la fecha de emisión de la póliza, cualquier ingreso a la misma será concentrado en un Fondo Base. Una vez transcurrido dicho plazo, se transferirá el saldo de ese

Fondo Base a las alternativas de rendimiento que declaró el Contratante en la solicitud.

La Institución realizará inversiones con las aportaciones que reciba del Contratante de acuerdo a lo declarado en la Solicitud de Seguro, en las diferentes alternativas de rendimiento, ya sea en valores de renta fija o renta variable; emitidos por instituciones de crédito, por el Gobierno Federal, por empresas privadas con alta calidad crediticia, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para ser objeto de inversión por las Instituciones de Seguros, en el entendido de que la Institución no asume responsabilidad alguna frente al Contratante en relación con el rendimiento de los valores objeto de inversión.

La Institución a su entera discreción, en función del comportamiento del mercado de valores y de conformidad con las disposiciones relativas a las reglas de inversión de las reservas técnicas que rigen a las Instituciones de Seguros, podrá modificar o cancelar alguna alternativa de rendimiento, dando aviso por escrito al Contratante, por lo menos con treinta días naturales de anticipación a la fecha de cancelación de que se trate. La Institución llevará a cabo la cancelación de inversiones realizando transferencias del saldo correspondiente, a otra u otras alternativas de rendimiento, o en su defecto procederá a la devolución del saldo de dicha alternativa de rendimiento, sin ningún costo para el Contratante por este concepto.

De igual forma, en cualquier momento la Institución podrá ofrecer al Contratante, nuevas alternativas de rendimiento.

2. REDEFINICIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE RENDIMIENTO

El Contratante podrá solicitar cambios a la distribución de sus alternativas de rendimiento previamente seleccionadas en la misma póliza, por los medios que la Institución ponga a su disposición para tal efecto y la Institución procederá a redefinir el saldo del Fondo de Reserva con base en las nuevas porciones que haya indicado el Contratante, en sus nuevas alternativas de rendimiento.

Por cada solicitud de cambio la Institución realizará un cargo al Fondo de Reserva de la póliza. Este cargo será el vigente registrado por la Institución ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este

mismo efecto. La Institución se reserva el derecho de modificar los esquemas de rendimiento del cliente, ligados a su Fondo de Reserva, en caso de exceder los límites establecidos en las reglas de inversión de las reservas técnicas vigentes para las Instituciones de Seguros.

ESTADO DE CUENTA

Al menos dos veces al año, la Institución enviará al Contratante un estado de cuenta indicando lo movimientos registrados así como el Saldo acumulado en el Fondo de Reserva.

COBERTURAS POR FALLECIMIENTO

1. COBERTURA POR MUERTE ACCIDENTAL

Si el asegurado sufre un accidente y fallece como consecuencia de dicho acontecimiento en un plazo no mayor a 90 días naturales contados a partir de la fecha en que haya ocurrido el accidente, la Institución pagará a los Beneficiarios de esta póliza la Suma Asegurada por Muerte Accidental que se especifica en la carátula de la póliza más el saldo del Fondo de Reserva que correspondan a la fecha del fallecimiento.

Para efectos de este seguro, se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o la muerte al propio Asegurado.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente y su fallecimiento a causa de éste ocurra con posterioridad a los 90 días naturales a la ocurrencia del mismo, será considerado como muerte no accidental y en consecuencia la Institución pagará a los Beneficiarios de esta póliza la Suma Asegurada por Muerte No Accidental que se especifica en la carátula de la póliza más el saldo del Fondo de Reserva que correspondan a la fecha del fallecimiento.

COBERTURA POR MUERTE NO ACCIDENTAL

Si el Asegurado fallece por cualquier causa distinta a la indicada en la cobertura anterior, la Institución pagará a los Beneficiarios de esta póliza la Suma Asegurada por Muerte No Accidental que se especifica en la carátula de la póliza más el saldo del

Fondo de Reserva que correspondan a la fecha del fallecimiento.

COBERTURAS EXCLUYENTES

Las dos coberturas anteriores se excluyen mutuamente, por lo que en caso de fallecimiento del Asegurado, la Institución sólo pagará una de las dos coberturas arriba mencionadas, dependiendo del tipo de fallecimiento ocurrido.

CONSIDERACIONES DE LAS COBERTURAS DE FALLECIMIENTO

La Institución pagará en una sola exhibición el beneficio de la cobertura que corresponda, después de que se acredite el fallecimiento del Asegurado, 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 los costos del seguro no devengados correspondientes al aniversario en que ocurrió el fallecimiento del Asegurado. Los costos del seguro no devengados se refieren al monto total de las Deducciones Mensuales descritas en la cláusula COSTO DEL SEGURO comprendidas desde el momento del fallecimiento del Asegurado hasta el siguiente aniversario de la póliza, completando con ello el cobro total del Costo del Seguro de la anualidad en que ocurra el fallecimiento

COBERTURA POR SUPERVIVENCIA

En caso de que el Asegurado llegue con vida a la fecha de vencimiento indicada en la carátula de la póliza, la Institución entregará al Contratante el saldo total del Fondo de Reserva de la póliza constituido a esa misma fecha.

PRIMAS

PRIMA BÁSICA

Es la prima nivelada anual que debe pagar el Contratante para cubrir el Costo del Seguro, según se define más adelante, así como el costo de las coberturas adicionales contratadas. Esta prima se estipula en la carátula de la póliza.

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.

PRIMA ADICIONAL

Será cualquier prima extraordinaria que, en su caso, el Contratante ingrese a la póliza por el monto y en cualquier momento que él decida, en adición a la Prima Básica. Dicha prima también contribuirá a la constitución del Fondo de Reserva de la póliza.

Sujeto a las políticas de la Institución, ésta se reserva el derecho de aceptar en cualquier tiempo aportaciones de dinero en efectivo.

En todos los casos, la Institución se reserva el derecho de aceptar cualquier Prima Adicional con base en sus políticas de suscripción vigentes. En caso de no aceptarla, la Institución devolverá al Contratante el importe de la Prima Adicional.

Si el saldo del Fondo de Reserva de la póliza constituido no es suficiente para cubrir el importe mensual del Costo del Seguro, el Contratante tendrá un plazo de treinta días naturales para efectuar el pago de la cantidad suficiente para cubrir dicho importe. Si durante este plazo el Contratante no efectúa el pago, los efectos del presente contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho plazo, sin responsabilidad alguna para la Institución.

COSTO DEL SEGURO

1. Gasto en Porcentaje de Ingresos:

Sobre cualquier Prima Básica o Prima Adicional que ingrese el Contratante se le cobrará el porcentaje correspondiente a este rubro.

2. Deduciones Mensuales

La Institución deducirá mensualmente del Fondo de Reserva de la póliza, como Costo del Seguro, el

importe correspondiente a un mes de la cobertura por fallecimiento.

Este Costo del Seguro se obtendrá sumando los siguientes tres conceptos:

a) El costo por muerte accidental:

Éste se obtendrá multiplicando el factor correspondiente a cada aniversario de la póliza por la Suma Asegurada de muerte accidental calculado al momento de la deducción de este costo y dividido por mil.

El factor que se utiliza para el cálculo de este costo se muestra en la Tabla de Costos de Seguro y Gastos de Administración, como Factores anuales de costos de mortalidad (Muerte Accidental);

b) El costo por muerte no accidental:

Éste se obtendrá multiplicando el factor correspondiente a cada aniversario de la póliza por la Suma Asegurada de muerte no accidental calculado al momento de la deducción de este costo y dividido por mil.

El factor que se utiliza para el cálculo de este costo se incrementa de acuerdo a la edad alcanzada por el Asegurado, y se muestra en la Tabla de Costos de Seguro y Gastos de Administración, como Factores anuales de costos de mortalidad (Muerte No Accidental);

c) El costo correspondiente a las cláusulas adicionales contratadas:

Éste se obtiene sumando el producto de la Suma Asegurada de cada cláusula adicional estipulada en la carátula de la póliza, multiplicada por el factor propio del beneficio, correspondiente en cada aniversario de la póliza. El factor que se utiliza para el cálculo de este costo se incrementa de acuerdo a la edad alcanzada por el Asegurado y se muestra como Factores anuales de costos de Mortalidad;

La Institución deducirá el Costo del Seguro mensualmente del Fondo de Reserva, siempre que exista saldo suficiente para cubrirlo.

Los factores y cantidades utilizadas para este cálculo serán los registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y se encuentran en la Tabla de Costos de Seguro y Gastos de Administración que forma parte del presente contrato.

VALOR EN EFECTIVO

El Contratante podrá solicitar el rescate total o cancelación de esta póliza por los medios que la Institución ponga a su disposición, sólo en los siguientes casos:

a) A la fecha de terminación de la relación laboral entre Contratante y Asegurado, cualquiera que sea la causa que la origine o,

b) En caso de que a la terminación de la relación laboral el Asegurado haya optado por continuar con la protección de la presente póliza y figure como Contratante, podrá solicitar en cualquier momento su rescate total o cancelación.

En los dos casos anteriores, el Contratante tendrá derecho a recibir una cantidad de dinero denominada Valor en Efectivo. Dicho importe será el saldo del Fondo de Reserva de la póliza constituido al momento de la cancelación.

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

Una vez obtenido el Valor en Efectivo, el presente contrato de seguro quedará automáticamente cancelado.

RETIROS PARCIALES

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante no podrá hacer retiros parciales del Fondo de Reserva, salvo uno al momento de la terminación de la relación laboral.

REHABILITACIÓN

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por insuficiencia del Fondo de Reserva de la póliza para el pago del Costo del Seguro, el Contratante 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 y 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 a un mínimo de 3 meses de Prima Básica, cantidad que ingresará al Fondo de Reserva de la póliza, y el costo por rehabilitación, de acuerdo a las políticas vigentes que la Institución establezca. Dicho costo será el que la Institución registre ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para tal efecto.

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.

LUGAR DE PAGO

El Contratante deberá realizar el pago de las primas y/o aportaciones que correspondan por concepto del presente contrato en las cajas recaudadoras de cualquiera de las oficinas de la Institución o por los medios que la misma ponga a su disposición para tal efecto.

MONEDA

Todos los pagos que el Contratante y 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.

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 que, a solicitud del Contratante con el consentimiento del Asegurado, con motivo de la inclusión de alguna cobertura o cláusula adicional a este contrato, o para aumentar la Suma Asegurada, ya sea a petición del Asegurado o por causa de un ajuste automático, o la inclusión de alguna cláusula adicional, la Institución pagará por ese incremento o inclusión a los Beneficiarios únicamente la reserva matemática correspondiente a este incremento, 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 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)

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, salvo que la comunicación pueda darla por los medios que la Institución ponga a su disposición, en término de este contrato.

ENTREGA DE LA PÓLIZA

La Institución se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del contrato de seguro a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal, al momento de contratar el Seguro;
- 2.- Envío a domicilio, por los medios que la Institución utilice para tales efectos;
- 3.- A través del Portal de Internet de la Institución: www.monterreynewyorklife.com.mx, en donde se encuentran las instrucciones para poder consultar su póliza en esta misma página, generando la Compañía el acuse de recibo o constancia respectiva de que el

Asegurado o Contratante de la póliza acceso al portal a consultar su póliza.

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

La vigencia o validez del contrato de seguro no se encuentra sujeta o condicionada a la sola entrega de la póliza.

Cuando el Asegurado o Contratante no desee continuar con la póliza, podrá solicitar por escrito a la Institución la cancelación de su póliza.

Para dichos efectos, la Institución generará una constancia, folio o acuse que acredite que recibió el escrito por parte del Asegurado o Contratante. En cualquier caso dicha constancia, folio o acuse contendrá la fecha de recepción del escrito antes mencionado, esta fecha deberá coincidir con la fecha en que la Compañía tendrá la obligación de cancelar la póliza.

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 suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) 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 Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

TRANSCRIPCIÓN DE DISPOSICIONES APLICABLES

A LOS CONTRATOS DE SEGURO DECLARACIÓN DE RIESGOS RELEVANTES ARTÍCULO 8 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

DECLARACIÓN DE RIESGOS RELEVANTES ARTÍCULO 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO ARTÍCULO 52 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán

de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

**OCURRENCIA DEL SINIESTRO
ARTÍCULO 66 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO
DE SEGURO**

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

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

**EXIGIBILIDAD DE INFORMACIÓN SOBRE EL
SINIESTRO ARTÍCULO 69 DE LA LEY SOBRE EL
CONTRATO DE SEGURO**

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

**RESCISIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO
ARTÍCULO 70 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO
DE SEGURO**

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

**PLAZO PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIÓN
ARTÍCULO 71 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO
DE SEGURO**

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

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

**EDAD ARTÍCULO 171 DE LA LEY SOBRE EL
CONTRATO DE SEGURO**

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la empresa 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 empresa, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

**EDAD ARTÍCULO 172 DE LA LEY SOBRE EL
CONTRATO DE SEGURO**

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas.

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos:

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma

Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 276 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las

fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones

relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ART. 277 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se

dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del

domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Lada sin costo 01 800 505 4000. Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 horas
clientes@mnyl.com.mx

MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES

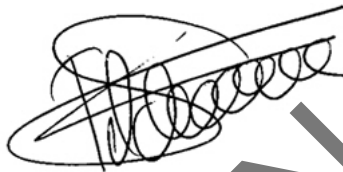
Ponemos a tu disposición la transcripción de los preceptos legales citados en el presente documento, las cuales podrás consultar de manera electrónica en la página web de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., www.mnyl.com.mx

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

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 20, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México,



Lic. Victor Adrián Feldmann González

DIRECTOR EJECUTIVO DE CANALES DE DISTRIBUCIÓN

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 09 de Diciembre de 2014 con el número CNSF-S0038-0579-2014, 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 23 de junio del 2017 con el registro MODI-S0038-0020-2017 y a partir del 2 de agosto del 2017 con el registro CGEN-S0038-0110-2017/ CONDUSEF-000304-01.