

**CLÁUSULA ADICIONAL DE PÉRDIDA DE INGRESO POR INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL (PII)
CONDICIONES GENERALES**

Póliza No.:
Expedido a Nombre de:
Ingreso Anual Comprobado:

CONTENIDO

Cobertura	2
Definiciones	2
Prima.....	3
Periodo de Carencia	3
Periodo de Espera	3
Pago del Beneficio	3
Suma Asegurada	4
Límites de Edad	4
Condiciones Particulares	4
Modificaciones Salariales	4
Cambio de Ocupación	4
Vigencia	4
Renovación	5
Continuidad del Beneficio	5
Otorgamiento de un Nuevo Beneficio	5
Presentación de Reclamación	5
Exclusiones	5
Terminación de la Cobertura	7
Datos de Localización de la Unidad Especializada.....	7
Datos de Contacto de la CONDUSEF	7

Muestra sin valor

CLÁUSULA ADICIONAL DE PÉRDIDA DE INGRESO POR INVALIDEZ TOTAL Y TEMPORAL (PII) CONDICIONES GENERALES

Póliza No.:

Expedido a Nombre de:

Ingreso Anual Comprobado:

COBERTURA

En consideración a la solicitud presentada por el Contratante de la póliza a la cual se adhiere esta cláusula adicional, La Institución conviene que, en caso de que el Asegurado sufra alguna enfermedad o accidente que le produzca una Invalidez Total y Temporal, según se define en el presente, pagará mensualmente un monto equivalente al Ingreso No Percibido, durante el lapso que dure dicha incapacidad, siempre que esta cláusula y la póliza a la cual se adhiere se encuentren vigentes y se cumplan los términos y condiciones que se detallan más adelante.

DEFINICIONES

Invalidez Total y Temporal

Para efectos de esta cláusula se entiende por Invalidez Total y Temporal aquella que sufre el Asegurado cuando:

Categoría 1: Estando en una relación de trabajo con una jornada laboral mínima de 17 horas semanales, en la que preste un trabajo personal subordinado mediante el pago de un salario y se encuentre dado de alta en algún instituto de seguridad social, quede incapacitado a consecuencia de un accidente o de una enfermedad, para desarrollar de manera total, el trabajo que se encontraba desarrollando al momento de sufrir dicha incapacidad por un periodo de al menos tres meses continuos, considerados a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Temporal, según lo establecido en el rubro "Pruebas" de la presente cláusula.

O en su caso:

Categoría 2: Siendo Prestador Independiente de Servicios o trabajador subordinado con una jornada laboral menor a 17 horas semanales, vea disminuidas alguna de las funciones que se describen en la Lista A – "Funciones", o se encuentre impedido para realizar al menos tres actividades de la Lista B – "Actividades", por un periodo de al menos tres meses sin interrupción, a partir de la fecha en que se diagnostique la Invalidez Total y Temporal, según lo establecido en el rubro "Pruebas" de la presente cláusula.

Lista A – "Funciones"

Visión: El Asegurado sufre una reducción clínicamente comprobada de la vista, no pudiendo

ser mejorada con la ayuda de lentes, de acuerdo a la siguiente definición:

La agudeza visual en el mejor de los dos ojos y con la ayuda de medios auxiliares:

- a) No es mayor a 1/50 o
- b) No es mayor a 1/35, cuando el campo visual de ese ojo esté reducido al menos a 30 grados, o
- c) No es mayor a 1/20, cuando el campo visual de ese ojo esté reducido al menos a 15 grados, o
- d) No es mayor a 1/10, cuando el campo visual de ese ojo esté reducido al menos 10 grados, o
- e) Es mayor a 1/10 o completa, siempre y cuando el campo visual de ese ojo no sea mayor a 5 grados.

Habla: El Asegurado es incapaz de formular cualquier palabra de manera comprensible debido al daño ya sea del sistema nervioso central o del aparato del habla (laringe, cuerdas vocales, lengua).

Audición: El Asegurado ha perdido la capacidad auditiva para todos los estímulos auditivos debajo de 90 decibeles. No se pagará el beneficio del seguro si de acuerdo a la opinión médica general, la pérdida auditiva puede ser recuperada con aparatos de sordera o algún otro dispositivo auxiliar externo adecuado, cuando se encuentren al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

Lista B – "Actividades"

Utilización de las manos: El Asegurado no es capaz con ninguna de las manos de utilizar un lápiz, introducir una llave en una cerradura, levantar un lápiz del piso o hacer un puño reteniendo por lo menos un peso de 250 gramos.

Movimiento de los brazos: El Asegurado no es capaz de mover las dos manos y tocar al mismo tiempo la parte trasera de su cuello. El Asegurado tampoco es capaz de mover los brazos y tocar con las dos manos la parte inferior de su espalda. Alternativamente, el Asegurado no es capaz de mover lateralmente y al mismo tiempo los brazos manteniéndolos completamente abiertos a la altura de sus hombros, moverlos hacia el frente, mantenerlos completamente abiertos a la altura de sus hombros y girar los dos brazos hacia adentro y hacia afuera.

Subir escaleras: El Asegurado no es capaz de subir o bajar por su propia cuenta, aún con la ayuda de los dispositivos auxiliares necesarios, 12 escalones, sin hacer una pausa mayor a un minuto. La altura del escalón no debe exceder los 18 centímetros.

Caminar: El Asegurado no es capaz de recorrer por su propia cuenta, aún con los dispositivos auxiliares necesarios, una distancia de 200 metros en un terreno plano, sin pararse, sostenerse y/o sentarse. El tiempo de recorrido no debe durar más de 15 minutos.

Arrodillarse y agacharse: El Asegurado no es capaz de arrodillarse o agacharse por su propia fuerza a tal grado que sea capaz de levantar un objeto ligero del piso y posteriormente volverse a enderezar.

Ingreso Anual Bruto Comprobado

Se entenderá por Ingreso Anual Bruto Comprobado al mínimo entre el ingreso:

- i. Declarado y comprobado en moneda nacional al reclamar el siniestro a La Institución, o el
- ii. Declarado y comprobado en moneda nacional al momento de contratación de la cobertura.

El Ingreso Anual Bruto, deberá incluir los impuestos aplicables; así como los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, comisiones, primas vacacionales, aguinaldo y otras prestaciones dadas al Asegurado como parte de su remuneración o salario convenido al encontrarse en una relación laboral de subordinación o; los ingresos anuales comprobables a través de la declaración anual de impuestos si el Asegurado fuera un Prestador Independiente de Servicios.

Por anual se entenderá el salario bruto percibido durante los doce meses anteriores a la ocurrencia del siniestro o al momento de la contratación de la cobertura, según corresponda.

Ingreso No Percibido

Por "Ingreso No Percibido" se entenderá como el monto anual que el Asegurado dejará de percibir por su trabajo, considerando como ingreso máximo el 70% del Ingreso Anual Bruto Comprobado.

Para el caso de que el Asegurado reciba por alguna institución de seguridad social una remuneración por encontrarse en un estado de Invalidez Total y Temporal, esta remuneración será considerada y disminuirá en un porcentaje equivalente al beneficio a otorgar.

Para determinar el importe del beneficio, se utilizará el Ingreso No Percibido expresado en moneda póliza al tipo de cambio vigente a la fecha de la declaración de la Incapacidad Total y Temporal.

Prestador Independiente de Servicios

Se entenderá por "Prestador Independiente de Servicios" aquél que perciba ingresos como consecuencia de la prestación de sus servicios retribuidos por cuenta propia mediante contratos distintos al laboral.

PRIMA

El periodo de pago de primas será el estipulado en la carátula de la póliza a la cual se agrega la presente cobertura.

Al renovarse esta cláusula adicional, se calculará la prima de acuerdo a la tarifa vigente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la edad real alcanzada del Asegurado en ese momento.

El Contratante no quedará exento de la obligación del pago de primas relativas a la presente cobertura aun cuando el Asegurado se encuentre en un estado de Invalidez Total y Temporal y se encuentre recibiendo los beneficios mencionados en esta cláusula.

PERIODO DE CARENCIA

Se define como el periodo inmediato posterior a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación de este beneficio adicional el cual será de seis meses.

PERIODO DE ESPERA

Periodo durante el cual el Asegurado deberá mantener de manera continua un estado de Invalidez Total y Temporal. Este periodo será de tres meses ininterrumpidos, contados a partir de la fecha de primer diagnóstico.

PAGO DEL BENEFICIO

La Institución pagará al Asegurado Titular el monto que corresponda según la cláusula "**Ingreso No Percibido**" de manera mensual en caso de que sufra una Invalidez Total y Temporal, una vez transcurrido el Periodo de Espera, siempre y cuando el evento ocurra durante la vigencia de la póliza y se cumpla con los requisitos estipulados en la presente cláusula.

SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima de pago que asume La Institución para esta cobertura, en los términos y condiciones pactados en la presente Cláusula Adicional.

LÍMITES DE EDAD

Para efectos de esta cláusula adicional se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Contratación o Renovación del Beneficio.

Los límites de admisión fijados por la Compañía son de 18 (dieciocho) años como mínimo y de 50 (cincuenta) años como máximo.

El límite de renovación fijado por la Compañía es de 59 (cincuenta y nueve) años como edad máxima.

CONDICIONES PARTICULARES

El presente beneficio estará sujeto a las siguientes características:

- El beneficio mensual será resultado de dividir el "Ingreso No Percibido" en doce mensualidades.
- El beneficio se pagará por un máximo de doce meses, ya sea, doce meses continuos ininterrumpidos o en distintos periodos siempre y cuando se trate del mismo evento que le dio origen según lo establecido en la cláusula "CONTINUIDAD DEL BENEFICIO".
- Una vez que el periodo de espera indicado en esta Cláusula Adicional haya transcurrido, el beneficio será pagado en forma retroactiva a partir de que La Institución haya determinado la procedencia de la reclamación.
- Las mensualidades serán pagaderas en el domicilio de La Institución, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes calendario.
- El pago del beneficio se suspenderá automáticamente:
 - a) si el Asegurado deja de estar en un estado de Invalidez Total y Temporal a juicio del médico que designe La Institución.
 - b) si el Contratante deja de pagar las primas que correspondan.
 - c) si termina la vigencia de la presente cláusula.
 - d) si el beneficio máximo otorgado de doce mensualidades ya hubiere sido pagado al

Asegurado por la misma causa, diagnóstico o enfermedad.

e) si el Asegurado fallece durante el plazo en que se encuentre recibiendo el beneficio comprendido en esta cláusula.

f) si terminara la vigencia de la póliza a la cual se adjunta la presente cobertura.

g) cualquier otra causa mencionada en la presente cláusula o en las condiciones generales de la póliza a la cual se adjunta la presente cláusula.

MODIFICACIONES SALARIALES

En caso de modificaciones salariales que tengan una variación superior al 10% durante la vigencia de esta cláusula, el Asegurado se obliga a dar aviso por escrito a La Institución, dentro de los noventa días siguientes a que haya ocurrido la modificación, para que ésta valore el riesgo y dé a conocer al Asegurado bajo qué condiciones estaría dispuesta a seguir aceptando el riesgo (ajuste de Primas y Suma Asegurada). Si el Asegurado aceptara las nuevas condiciones propuestas por La Institución, la cobertura continuará vigente según lo establecido en la oferta de La Institución y la presente cláusula. En caso de que el Asegurado no esté de acuerdo con las nuevas condiciones, el Asegurado podrá optar por: a) cancelar esta cobertura y recibir de La Institución la prima no devengada que corresponda, o b) sólo en caso de que la modificación salarial fuera un incremento del mismo: dejar el salario existente antes de la modificación aplicando el beneficio que a dicho salario corresponda, según lo establecido en la presente cláusula.

CAMBIO DE OCUPACIÓN

En caso de que el asegurado cambie la ocupación declarada en la solicitud durante la vigencia de esta cláusula, el Asegurado se obliga a dar aviso por escrito a La Institución, dentro de los noventa días siguientes a que haya ocurrido el cambio, para que ésta valore el riesgo y dé a conocer al Asegurado bajo qué condiciones estaría dispuesta a seguir aceptando el riesgo. Si el Asegurado aceptara las nuevas condiciones propuestas por La Institución, la cobertura continuará otorgándose según lo establecido en la oferta de La Institución y la presente cláusula.

VIGENCIA

La presente cobertura tiene una vigencia de un año contado a partir de su fecha de emisión establecida en la carátula de la póliza.

RENOVACIÓN

La presente cláusula adicional se renovará automáticamente en cada aniversario de la póliza cuando la edad real alcanzada del Asegurado, al momento de su renovación no rebase la edad de renovación máxima permitida.

CONTINUIDAD DEL BENEFICIO

Si el Asegurado recupera su capacidad de trabajo y vuelve a sufrir una Invalidez Total y Temporal por la misma causa o derivada de ésta, dentro de un periodo no mayor a seis meses contados desde el momento de la recuperación, La Institución continuará con el pago de mensualidades iguales y consecutivas mientras continúe la Invalidez Total y Temporal, sin exceder un total de doce mensualidades como beneficio por la Invalidez Total y Temporal.

Si el Asegurado recupera su capacidad de trabajo y vuelve a sufrir una Invalidez Total y Temporal por la misma causa o derivada de ésta, con posterioridad a seis meses contados desde el momento de su recuperación ya no se continuará con el pago de las mensualidades pendientes.

OTORGAMIENTO DE UN NUEVO BENEFICIO

Sólo se otorgará un nuevo beneficio siempre que el estado de Invalidez Total y Temporal sea declarado con posterioridad a tres meses de que haya concluido el pago del beneficio anterior.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

En caso de que se presente un evento que pudiera ser cubierto por esta cláusula adicional, los documentos que deberá presentar el Asegurado junto a su escrito de reclamación son los siguientes:

- Comprobación del Ingreso Anual Bruto, los cuales deberán ser comprobados mediante la exhibición de los recibos de nómina de los últimos tres meses o presentando la declaración anual de impuestos que corresponda de los últimos dos años.
- El Asegurado deberá presentar ante La Institución, prueba de su Invalidez Total y Temporal conforme lo siguiente:
Dictamen de Invalidez Total y Temporal emitido por algún Instituto de Seguridad Social, cuando el Asegurado se encuentre inscrito y dado de alta en algún Instituto de Seguridad Social.

En caso de no estar inscrito en algún Instituto de Seguridad Social, el dictamen de Invalidez Total y Temporal deberá ser emitido por un médico legalmente facultado para el ejercicio de la profesión de médico.

- Formatos de reclamación que La Institución proporcione.
- Identificación Oficial Vigente del Asegurado.

La Institución tendrá el derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a La Institución de cualquier obligación.

En caso de que La Institución determine la improcedencia de la reclamación, por el no reconocimiento de la Invalidez Total y Temporal, ésta deberá hacerse con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, La Institución podrá declinar el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

La Institución podrá, cuando lo estime necesario, pero no más de una vez por evento cubierto, exigir que se compruebe que continúa el estado de Invalidez Total y Temporal del Asegurado. En caso de que éste se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, La Institución quedará liberada en lo sucesivo de las obligaciones derivadas de esta cláusula.

EXCLUSIONES

Esta cláusula no ampara la Invalidez Total y Temporal del Asegurado si es resultado directo de:

1. **La pérdida de la capacidad del habla debido a causas no orgánicas. Especialmente se excluyen las pérdidas psicogénicas del habla.**
2. **Lesiones que el Asegurado sufra en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**

3. Lesiones que el Asegurado sufra por participar activamente en riñas o en la comisión de actos delictivos intencionales.
4. Lesiones o enfermedades que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o vigilancia.
5. Hechos o actos del Asegurado, si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase o surge en relación a enfermedades psiquiátricas con o sin manifestaciones psicosomáticas. Bajo enfermedades psiquiátricas se entienden aquellas enfermedades y problemas relacionados con los grupos F dados por la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10)".
6. Lesiones o enfermedades que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado o se produzca con el consentimiento o participación de éste.
7. Enfermedad o Lesión Preexistente. Se considerará preexistente, cualquier Enfermedad o Lesión:
 - Que haya sido declarada antes de la celebración del Contrato, y/o;
 - Que exista un expediente médico donde se haya elaborado el diagnóstico, por un médico legalmente autorizado, y determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, y/o;
 - Diagnosticada con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
 - Por la que previamente a la fecha de celebración del
- Contrato, el asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico de la Enfermedad y/o Padecimiento del que se trate.
8. Diabetes, si se presenta durante los tres primeros años de vigencia ininterrumpida de la cobertura.
9. Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo Asegurado por, o que resulten de, la ingesta o el encontrarse bajo los influjos de drogas, narcóticos, estupefacientes o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas.
10. Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, taxi aéreo o en cualquier tipo de vuelo no regular.
11. Participar como piloto o pasajero en vehículos de cualquier tipo, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad.
12. Viajar en motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos o vehículos con características similares; siempre y cuando los motores de dichos vehículos excedan los 125 centímetros cúbicos.
13. Practicar paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, boxeo, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas; salvo que el accidente ocurra con motivo de la práctica

vacacional, siempre que no exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del Asegurado.

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

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de este beneficio terminará de manera automática al culminar el periodo de cobertura estipulado en la carátula de la póliza, a la terminación del beneficio básico al que se adhiere, o bien, al aniversario posterior al cumplir la edad máxima de renovación de la presente cláusula adicional.

Salvo por lo expresamente señalado en esta cláusula, serán aplicables en lo conducente, los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se agrega.

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

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 y asesoria@condusef.gob.mx.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día de de , con el número ”.