CONDICIONES GENERALES DE VIDA GRUPO PROPIA

Póliza: <<Poliza>>
Contratante: <<vt_Contra>>,
Vigencia: <<polvigdesd>> al <<polvighast>>

1. CLÁUSULAS GENERALES 3
I. OBJETO DEL SEGURO 3
II. DEFINICIONES 3
III. DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA 4
IV. REGISTRO DE ASEGURADOS 4
IV.1. ALTA DE ASEGURADOS 4
IV.2. BAJA DE ASEGURADOS 5
V. CONSENTIMIENTOS-CERTIFICADOS INDIVIDUALES 5
VI. BENEFICIARIOS 6
VI.1. BENEFICIARIO IRREVOCABLE 6
VI.2. FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS 6
VI.3. ADVERTENCIA 6
VII. PAGO DE LA PRIMA 6
VIII. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA 7
IX. MEDIOS PARA EL PAGO DE LA PRIMA 7
X. VIGENCIA DEL CONTRATO 8
XI. TERMINACIÓN ANTICIPADA 8
XII. INICIO DE COBERTURA Y AUMENTO DE SUMA ASEGURADA 8
XIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO E INDEMNIZACIÓN 9
XIII.1. PRUEBAS 9
XIV. PAGO DE DIVIDENDOS POR CONCEPTO DE SINIESTRALIDAD FAVORABLE 10
XV. DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO 11
XVI. CAMBIO DE CONTRATANTE 11
XVII. CESIÓN 11
XVIII. RENOVACIÓN 11
XIX. REHABILITACIÓN 11
XX. CARENCIA DE RESTRICCIONES CON RESPECTO A RESIDENCIA, VIAJES U OCUPACIÓN .. 12
XXI. DISPUTABILIDAD 12
XXII. SUICIDIO 12
XXIII. EDAD 13

SIN VALOR

XXIV. PRESCRIPCIÓN 13
XXV. MONEDA 13
XXVI. INDEMNIZACIÓN POR MORA 13
XXVII. COMUNICACIONES, MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES 13
XXVIII. COMISIONES 14
XXIX. COMPETENCIA 14
XXX. OBLIGACIONES ADICIONALES DEL CONTRATANTE 14
XXX.1. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE 14
XXX.2. PÓLIZAS AUTOADMINISTRADAS 15
XXXI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA 15
XXXII. AGRAVACIÓN DEL RIESGO 15
XXXIII. MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES 16
XXXIV. DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA 16
XXXV. DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF 16
XXXVI. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS 16
2. COBERTURAS ADICIONALES INCLUIDAS EN COBERTURA BÁSICA 17
I. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL (AET) 17
II. APOYO PARA CÁNCER (AC) 20
3. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO ADICIONAL 21
I. GASTOS FUNERARIOS (GAF) 21
II. COBERTURAS DE INVALIDEZ 22
II.1. DEFINICIONES GENERALES DE INVALIDEZ 22
II.2. CAUSAS INMEDIATAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 22
II.3. COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 23
II.4. PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 23
II.5. SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (SAIT) 24
II.6. SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE (SAITA) 25
II.7. SEGURO SALDADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BITS) 27
III. COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL 29
III.1. DEFINICIONES GENERALES DE MUERTE ACCIDENTAL 29
III.2. PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTROS POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y/O MUERTE ACCIDENTAL 29
III.3. BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL (BMA) 30
III.4. DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIPO) 31
III.5. TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (TIC) 33

SIN VALOR

CONDICIONES GENERALES DE VIDA GRUPO PROPIA

Póliza: <<Poliza>>
Contratante: <<vt_Contra>>,
Vigencia: <<polvigdesd>> al <<polvighast>>

1. CLÁUSULAS GENERALES

I. OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante la "Institución" pagará al o los Beneficiario(s) designado(s) por los Asegurados, la Suma Asegurada para la cobertura de fallecimiento que corresponda en los términos y condiciones que más adelante se establecen, después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa del fallecimiento del Asegurado.

Las Coberturas adicionales que se contraten, se regirán de acuerdo con las condiciones específicas que se contengan en cada una de ellas.

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, los Consentimientos-Certificados y los Endosos o Cláusulas adicionales que se agreguen a la Póliza 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, previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; en consecuencia, ningún agente de seguros ni ninguna otra persona no autorizada por la Institución podrá cambiar o modificar las condiciones o Beneficios del Contrato.

b) Contratante: La persona física o moral que celebre el Contrato de Seguro de Grupo con la Institución.

c) Asegurado: Persona física integrante del Grupo Asegurado, cuyo nombre se encuentra dentro del Registro de Asegurados.

d) Beneficiario: Persona(s) designada(s) por el Asegurado en el Consentimiento-Certificado 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. Dentro del Grupo Asegurado, se podrán incluir integrantes del Grupo Asegurable que al momento de la contratación o renovación de la póliza cuenten con una incapacidad temporal otorgada por alguna Institución Pública de Salud, siempre y cuando la fecha de expedición de ésta sea anterior a la fecha contratación o renovación de la póliza con la Institución.

h) Registro de Asegurados: Registro que formará la Institución con la información a que refiere el texto del artículo 13 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

i) Suma Asegurada: Monto total que la Institución se obliga a pagar a los Beneficiarios, de conformidad con la designación que el

SIN VALOR

Asegurado haya hecho de acuerdo con las coberturas contratadas.
j) Consentimiento-Certificado Individual: Documento en el que se hace constar la aceptación previa y la pertenencia del Asegurado al Grupo Asegurado.
k) UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual.
l) SAMI: Suma Asegurada Máxima Individual. Es la Suma Asegurada Máxima sin necesidad de requisitos.
m) Siniestro: Acontecimiento ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, cuyas consecuencias están cubiertas en el presente Contrato.

III. DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para cada miembro del grupo se determinará con lo establecido en la solicitud del Contratante y previamente 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 Consentimiento-Certificado correspondiente, la Institución, modificará la Suma Asegurada en el Registro de Asegurados y sustituirá el Consentimiento-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 Disputabilidad, hasta por el importe correspondiente.

Si con posterioridad a la ocurrencia de un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Consentimiento-Certificado 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 integrará 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 Consentimiento-Certificado; 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:

IV.1. ALTA DE ASEGURADOS

Las personas que a solicitud del Contratante ingresen al Grupo Asegurado 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 de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento después de los

SIN VALOR

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.

IV.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 Consentimiento-Certificado Individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta pagada no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, dentro de los 30 días naturales siguientes a la notificación de la separación o a la solicitud de devolución del Contratante o en los términos y condiciones que acuerden las partes, descontando de ella las cantidades correspondientes a favor de la Institución.

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 contribuir. En este supuesto, el Contratante podrá solicitar la baja del Asegurado. 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.

El Contratante deberá comunicar por escrito a la Institución, tan pronto como tenga conocimiento de las bajas del Grupo o reciba los Consentimientos-Certificados 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. CONSENTIMIENTOS-CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Institución expedirá y entregará los Consentimientos-Certificados al Contratante, quien tendrá la obligación de entregarlos a los Asegurados. Los Consentimientos-Certificados 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 Consentimiento-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 Consentimiento-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 con el 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.

SIN VALOR

El Asegurado podrá solicitar a la Institución el Consentimiento-Certificado correspondiente.

VI. BENEFICIARIOS

Cada Asegurado tendrá derecho de designar en cualquier tiempo, Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal para hacerlo; dicha designación se hará al momento de firmar su Consentimiento-Certificado 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 Consentimiento-Certificado, para la anotación correspondiente, en este último y en el Registro de Asegurados.

VI.1. BENEFICIARIO IRREVOCABLE

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de Beneficiario, designando Beneficiarios irrevocables mediante comunicación por escrito, tanto a éstos como a la Institución, lo cual se hará constar en el Consentimiento-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.

VI.2. FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La Suma Asegurada 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.

VI.3. 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 Asegurado 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

SIN VALOR

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 previa y 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, la edad alcanzada y las Coberturas adicionales para cada miembro del Grupo Asegurado y aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 Asegurado, se le aplicará lo estipulado en la sección IV.2. "Baja de Asegurados" del punto IV. Registro de Asegurados.

IX. MEDIOS PARA EL PAGO DE LA PRIMA

El Contratante deberá realizar el pago de las primas y/o aportaciones que correspondan por concepto del presente contrato en las oficinas de la Institución o a través de los siguientes medios y cualquier otro que para dichos efectos indique la Institución:

1. Cargo Automático a tarjeta de crédito, débito y cuenta CLABE

2. Pago vía Telefónica con cargo a tarjeta de crédito, débito y cuenta CLABE

3. Pago en bancos y establecimientos de convenio

4. Pago en línea (internet)

Para mayor detalle puede consultar nuestro portal en **www.mnyl.com.mx** o llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT) al número 800-505-4000.

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

Estos medios de pago pueden sufrir cambios y modificaciones.

SIN VALOR

X. 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 pagada 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.

XI. TERMINACIÓN ANTICIPADA

Procedimiento aplicable en caso de terminación anticipada del Contrato:

El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del Contrato mediante solicitud por escrito, en las oficinas de la Institución o por la misma vía por la que éste hubiere sido contratado, identificándose plenamente dicha cancelación en ningún caso podrá ser anterior a la fecha en que la Institución reciba el aviso correspondiente.

En caso de terminación anticipada, la devolución de la prima pagada no devengada se realizará al Contratante dentro de los 30 días naturales siguientes a la solicitud descontando de ella, los gastos ocasionados por dicha terminación.

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

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

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

XII. 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-Certificado 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-Certificado 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-Certificado o de su solicitud de aumento de Suma

SIN VALOR

Asegurada.

c) La persona que entregue su Consentimiento-Certificado 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.

XIII. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO E INDEMNIZACIÓN

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

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para dar el aviso correspondiente, el cual deberá ser por escrito, lo anterior, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso la reclamación deberá presentarse a la Institución tan pronto como cese el impedimento.

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

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

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

Las obligaciones de la Institución quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro (artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

El crédito que resulte del Contrato de seguro se determinará conforme a las reglas establecidas en la póliza y vencerá treinta días después de la fecha en que la Institución haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

XIII.1. PRUEBAS

Adicionalmente, con la reclamación señalada en la cláusula XIII, el Asegurado o Beneficiario exhibirá las pruebas que obren en su poder o las que estén en condiciones de obtener, así como todas aquellas que le solicite la Institución relativas a la realización del siniestro.

Los documentos citados en el párrafo anterior que el Asegurado o el Beneficiario en su caso, deberán presentar para comprobar la procedencia de la reclamación son:

SIN VALOR

- Acta de defunción del Asegurado
- Copia certificada del Acta de Nacimiento del Asegurado
- Consentimiento-Certificado de Vida Grupo del Asegurado, solo si lo tiene.
- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (en caso de muerte accidental del Asegurado)
- Identificación oficial vigente del Asegurado, solo si la tuviera
- Comprobante de domicilio del Asegurado, solo si lo tuviera
- Identificación oficial vigente del Beneficiario
- Comprobante de domicilio del Beneficiario

No obstante, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Institución tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro amparado y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

XIV. 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 con 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.

El Contratante se obliga a 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.

SIN VALOR

XV. DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO

En caso que el presente Seguro de Grupo tenga por objeto 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 fijados por 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 y pagar la prima que corresponda. 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 la separación.

La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. 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.

XVI. 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 pagada 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.

XVII. CESIÓN

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

XVIII. RENOVACIÓN

La Institución podrá renovar el Contrato de Seguro, 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 Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

XIX. 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.

SIN VALOR

XX. 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 las Coberturas adicionales contratadas.

XXI. 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, en su caso 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 presentará 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.

XXII. 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 pactada en el Consentimiento-Certificado correspondiente.

Si el suicidio ocurriera después del plazo al que se refiere el párrafo precedente, la Institución pagará la Cobertura Básica por fallecimiento y en su caso la de Gastos Funerarios en los términos convenidos en el presente Contrato.

En caso de suicidio del Asegurado

SINALOR

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.

XXIII. 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 existente 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.

XXIV. 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.

XXV. 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.

XXVI. 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 según corresponda 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.

XXVII. COMUNICACIONES, MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

La Institución enviará al Contratante o al

SIN VALOR

Asegurado toda comunicación y/o requerimiento que deba efectuar en cumplimiento de este Contrato o de la ley, al último domicilio o correo electrónico que los mismos le hubieran dado a conocer por escrito, en cuyo caso tendrán plena validez.

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 Consentimientos-Certificados, o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente la Institución.

Para todos los efectos legales de esta Póliza, el Contratante se obliga a notificar por escrito a la Institución dentro del término de cinco días, cualquier cambio que se opere en su domicilio.

XXVIII. 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.

XXIX. 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 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 cinco años para la Cobertura de Fallecimiento y dos años para los demás casos 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.

XXX. OBLIGACIONES ADICIONALES DEL CONTRATANTE

XXX.1. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

Salvo acuerdo en contrario entre la Institución y el Contratante, este último se obliga a conservar un expediente que contenga los datos y copia de los documentos de identificación de cada uno de los Asegurados cubiertos en la Póliza, aún de aquellos trabajadores o personal que dejen de prestar sus servicios, así como cuando concluya la relación entre la Institución y el Contratante y a mantenerlos a disposición de la Institución para su consulta o para el caso de requerimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo establecido en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Institución los expedientes en cuestión dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que le sean solicitados por escrito.

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

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

SIN VALOR

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, país de nacimiento, entidad federativa 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 y Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada, siendo estos tres 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 $7,500 (siete mil quinientos) 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.

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

XXX.2. PÓLIZAS AUTOADMINISTRADAS

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, 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 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el Reglamento citado.

XXXI. 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.

XXXII. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Conforme lo establecido en los artículos 52, 53 y 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado deberá comunicar a la Institución 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 Institución en lo sucesivo. Se presumirá que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la Institución habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga. Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la Institución no podrá liberarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s) y/o Asegurado(s) realicen o se relacionen con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si

SIN VALOR

el(los) Contratante(s) y/o Asegurado(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal o si el nombre del(los) Contratante(s) y/o Asegurado(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del Contratante y/o alguno de los Asegurados de que se trate, dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Institución consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea ingresada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

XXXIII. 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**

XXXIV. DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA

Centro de Atención y Servicios a Asegurados (CASA) de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Paseo de la Reforma 342 Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, Lada sin costo 800 505 4000. Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 horas **clientes@mnyl.com.mx**

XXXV. DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080 **www.condusef.gob.mx**
Correo Electrónico
asesoria@condusef.gob.mx

XXXVI. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado, conforme a los derechos que a cada uno le correspondan, podrán hacer uso de los medios electrónicos que la Institución tenga disponibles. Los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos pueden consultarse en la página electrónica de la Institución situada en www.mnyl.com.mx

ALCANCE
La Institución pagará a los Beneficiaros

SIN VALOR

designados para esta Cobertura la Suma Asegurada contratada, siempre que el Asegurado fallezca mientras la Póliza y su Consentimiento-Certificado se encuentren vigentes al momento del Siniestro.

EDADES DE ACEPTACIÓN
Los límites de edad de aceptación para la Cobertura Básica son desde los 15 años hasta los 99 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 99 años.
Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2. COBERTURAS ADICIONALES INCLUIDAS EN COBERTURA BÁSICA

I. ANTICIPO DE SUMA ASEGURADA POR ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL (AET)

DEFINICIONES
1. **Enfermedad Terminal.** Se considerará que una enfermedad se encuentra en estado Terminal cuando esta sea incurable y conlleve inevitablemente a la muerte como consecuencia directa de la enfermedad, dentro de un lapso de tiempo igual o menor a 365 días.

Esta cobertura ampara únicamente las siguientes Enfermedades Terminales:

- Insuficiencia Hepática.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Cáncer Terminal.
- Insuficiencia Renal Crónica.
- Insuficiencia Cardiaca.
- Enfermedad Vascular Cerebral Avanzada.

Se excluyen los tratamientos médicos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicos producidos por el mismo padecimiento o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

2. **Insuficiencia Hepática.** Es una condición irreversible que conduce a la inminente pérdida gradual de la capacidad del hígado para llevar a cabo sus funciones normales, la cual se manifiesta por lo siguiente:

- Ictericia permanente.
- Ascitis.
- Encefalopatía hepática.

Se excluye cualquier clase de enfermedad hepática que se desarrolle como consecuencia de la ingesta de alcohol.

3. **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad que da lugar a una obstrucción que produce problemas respiratorios que progresan y se agravan con la edad.

La etapa final de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se caracteriza por:

- Disnea de pequeños esfuerzos.
- Tos productiva.
- Hipoxemia.
- Pruebas de función pulmonar anormales.

4. **Cáncer Terminal**. Se entenderá por Cáncer Terminal la presencia de uno o más tumores malignos incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin caracterizados por crecimiento no controlado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico deberá ser de un médico con especialización en oncología.

Se excluyen los siguientes tipos de Cáncer Terminal:

SIN VALOR

a) Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma *in situ* (incluyendo la displasia cervical NIC-I, NIC-II y NIC-III) o aquellos considerados por histología como cáncer *in situ*.

b) Los melanomas con espesor de 1.5mm. o menor, determinado por examen histológico o cuando la invasión sea menor al nivel de 3 Clark.

c) Todos los híper queratosis o carcinomas baso celulares de la piel.

d) Todos los carcinomas de células escamosas de la piel excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.

e) El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.

f) Los cánceres de próstata que por su histología pertenezcan a la etapa T1a o T1b del sistema TNM desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer.

5. **Insuficiencia Renal Crónica.** La etapa final de la insuficiencia renal por fallo funcional crónico o irreversible de los riñones y que hace necesaria la diálisis peritoneal ambulatoria o hemodiálisis.

6. **Insuficiencia Cardiaca.** La insuficiencia cardiaca que a pesar del tratamiento optimo, mantenga al Asegurado en clase funcional III-IV.

7. **Enfermedad Vascular Cerebral Avanzada.** Es la muerte del tejido cerebral como resultado de la interrupción de la llegada de la sangre secundaria a la obstrucción o ruptura del vaso sanguíneo dejando un daño neurológico permanente, o bien, que dicho daño sea a consecuencia de una enfermedad degenerativa o infecciosa del sistema nervioso central. Para hacer válida esta cobertura, la Enfermedad Vascular Cerebral Avanzada deberá producirse como consecuencia de:

- Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo.
- Efectos tardíos de absceso o de infección piógena intracraneales.
- Otras degeneraciones cerebrales.
- Otras enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central.

Se excluyen aquellos casos en que la Enfermedad Vascular Cerebral Avanzada se produzca cómo consecuencia del uso de alcohol, estupefacientes o psicotrópicos, así como fármacos no prescritos por un médico.

ALCANCE

Se otorgará, por una sola vez y en una sola exhibición al Asegurado un anticipo de hasta el 30% de la Suma Asegurada básica con límite de 215 UMAM, sin que pueda en ningún momento reinstalarse la Suma Asegurada, al presentarse una de las Enfermedades Terminales previamente descritas, siempre y cuando se realicen o se cumplan también todos los supuestos siguientes:

1. Que la enfermedad se presente una vez que hayan transcurrido cuando menos 90 días naturales, contados a partir del ingreso del miembro al Grupo Asegurado.
2. Que la póliza, el Consentimiento-Certificado y esta Cobertura se encuentren vigentes.
3. Que el Asegurado acredite estar afectado por alguna Enfermedad Terminal en términos de la presente Cobertura.

SIN VALOR

4. Que el Asegurado no hubiese designado Beneficiario Irrevocable.

EDADES DE ACEPTACIÓN
Los límites de edad de aceptación para esta Cobertura son desde los 20 años hasta los 69 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 21 años hasta los 69 años.

PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO
Para que la Institución pague el importe que corresponda por esta Cobertura, el miembro del Grupo Asegurado o su representante legal, deberá presentar ante la Institución:

- Dictamen emitido por el médico o médicos autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión que hubieren atendido al Asegurado, en el que conste el diagnóstico definitivo de la enfermedad terminal.

- Los exámenes, pruebas y evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que fundamenten dicho dictamen.

- La documentación enunciada a continuación:
  Documentos del Asegurado: Copia certificada del Acta de Nacimiento, Consentimiento-Certificado del seguro de Grupo, Identificación oficial y Comprobante de domicilio.

La Institución tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar el diagnóstico y dictamen presentados por el Asegurado. En caso de que éste se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Institución quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente Cobertura.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
La cobertura de esta cláusula terminará entre otras, por las siguientes razones:

- A partir de que la Institución reconozca el diagnóstico de Enfermedad Terminal del Asegurado y efectúe el pago correspondiente.

- Al aniversario siguiente de la póliza en que el Asegurado cumpla 70 años de edad. En el entendido de que esta Cobertura podrá ser contratado a partir de los 20 años y hasta los 69 años de edad.

- Porque cese o termine por cualquier causa el Contrato de seguro o Consentimiento-Certificado al que se agrega esta Cobertura.

EXCLUSIONES
Esta cobertura no ampara la Enfermedad Terminal cuando ésta sea resultado de:

a) Lesiones que el Asegurado sufra en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución; por participar activamente en riñas o en la comisión de actos delictivos intencionales.

b) Lesiones o enfermedades que el Asegurado sufra a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o de vigilancia.

c) Lesiones que intencionalmente se cause a si mismo el Asegurado, o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, o sea consecuencia de acciones en que exista negligencia o culpa grave por parte del mismo Asegurado.

d) Lesiones o padecimientos que, con anterioridad a la fecha de contratación de la presente cláusula,

SIN VALOR

hayan sido diagnosticadas por un médico.

e) Lesiones que se originen cuando el Asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, o de estupefacientes o psicotrópicos, así como fármacos no prescritos por un médico; siempre y cuando hayan influido directamente en el origen de las mismas.

f) El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) así como sus consecuencias y/o sus complicaciones.

g) Tratamientos, enfermedades y trasplantes derivados de experimentación o en vías de experimentación.

h) Enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva.

i) Cualquier padecimiento no definido o contemplado como "Enfermedad Terminal" en esta Cobertura.

II. APOYO PARA CÁNCER (AC)

DEFINICIONES

1. **Cáncer.** Presencia de un tumor maligno, caracterizado por el incremento celular anormal que invade tejidos vecinos o a distancia por metástasis. Se manifiesta por el desorden en el crecimiento masivo, en la función y en la estructura celular.

2. **Cáncer In Situ.** Esta denominación se refiere a la fase preinvasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesa la membrana basal, el tumor no invade los tejidos vecinos.

Para su comprobación e indemnización, el otorgamiento de este Beneficio requerirá presentar estudio histopatológico, con la clasificación internacional de tumores malignos y estadíos de dicha tumoración, quedando en el entendido que el Beneficio se ofrecerá cuando las células malignas hayan atacado con un carácter invasivo (Clasificación TNM).

ALCANCE

La Institución pagará al Asegurado el 30% de la Suma Asegurada con límite de 215 UMAM, como anticipo en caso de que el Asegurado llegara a padecer cáncer.

Las condiciones a las que se sujeta esta Cobertura son:

- Que el Asegurado no haya nombrado ningún Beneficiario con carácter de irrevocable, o que no hubiera renunciado al derecho de revocar la designación de dichos Beneficiarios a la fecha de la solicitud de pago de este Beneficio.

- Que el propio Asegurado o quien sus derechos represente, reclame por escrito el pago anticipado aquí convenido.

- El pago que en su caso efectúe la Institución de esta Cobertura reducirá la Suma Asegurada señalada en la Carátula de la póliza, para el caso de fallecimiento, en el porcentaje del pago anticipado estipulado en este apartado.

El pago de esta Cobertura se efectuará una sola vez, independiente del número de vigencias o renovaciones con esta Institución.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de edad de aceptación para esta Cobertura son desde los 15 años hasta los 69 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 99 años.

Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

PRUEBA PARA EL TRÁMITE DE SINIESTROS

SIN VALOR

Para que la Institución pague el importe que corresponda por esta Cobertura, el miembro del Grupo Asegurado o su representante legal, deberá presentar ante la Institución:

- Dictamen emitido por el médico Oncólogo o médico internista autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión que hubiere atendido al Asegurado, en el que conste el diagnóstico definitivo de la enfermedad terminal.

- Los exámenes, pruebas y evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que fundamenten dicho dictamen.

- La documentación enunciada a continuación:
  Documentos del Asegurado: Copia certificada del Acta de Nacimiento, Consentimiento-Certificado del seguro de Grupo, Identificación oficial, Comprobante de domicilio.

La Institución tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar el diagnóstico y dictamen presentados por el Asegurado. En caso de que éste se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Institución quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente Cobertura.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA
La vigencia de esta Cobertura termina para cada Asegurado:

- Por el pago del Beneficio en ella consignado,
- Por falta de pago oportuno de las primas, o en su caso fracciones de primas convenidas en la Póliza a la que se agrega esta Cobertura, o
- Al dejar de pertenecer al Grupo Asegurado.

RENOVACIÓN

Esta Cobertura estará vigente a partir del inicio de vigencia de la Póliza a la que se agrega y se prorrogará automáticamente por periodos sucesivos de igual duración, sin necesidad de documentación o aviso de ninguna clase.

No obstante, la Institución podrá dar por terminada esta Cobertura en cualquier aniversario de la Póliza de la que forma parte, mediante aviso por escrito al Contratante con un mínimo de 30 días a dicho aniversario.

EXCLUSIONES

1. Se excluyen todos los cánceres in-situ o primera estadía no invasivo.

2. De igual modo se excluye la preexistencia.

3. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO ADICIONAL

A solicitud expresa del Contratante, la Institución otorgará las Coberturas Opcionales con Costo Adicional las cuales se especificarán en la Carátula y/o Consentimiento-Certificado de la Póliza.

I. GASTOS FUNERARIOS (GAF)

ALCANCE
A la muerte del Asegurado y presentado los soportes que la Institución requiera conforme al artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Institución otorgará a los Beneficiarios el monto estipulado en la Carátula y/o Consentimiento-Certificado para esta Cobertura, independientemente de la Suma Asegurada contratada para la Cobertura Básica.

EDADES DE ACEPTACIÓN
Los límites de edad de aceptación para la Cobertura son desde los 15 años hasta los 99 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 99 años.

SIN VALOR

Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTROS

Para que la Institución pague el importe que corresponda por esta Cobertura, el miembro del Grupo Asegurado o su representante legal, deberá presentar ante la Institución:

- Acta de defunción del Asegurado
- Copia certificada del Acta de Nacimiento del Asegurado
- Consentimiento-Certificado de Vida Grupo del Asegurado
- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (en caso de muerte accidental del Asegurado)
- Identificación oficial vigente del Asegurado, solo si la tuviera
- Comprobante de domicilio del Asegurado, solo si lo tuviera
- Identificación oficial vigente del Beneficiario
- Comprobante de domicilio del Beneficiario

La Institución tendrá derecho de solicitar las pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar el diagnóstico y dictamen presentados por el representante Legal. En caso de que éste se negara injustificadamente a presentar dichas pruebas, la Institución quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente Cobertura.

II. COBERTURAS DE INVALIDEZ

II.1. DEFINICIONES GENERALES DE INVALIDEZ

Invalidez Total y Permanente. Se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de "Invalidez Total y Permanente", cuando como consecuencia de una Enfermedad o Accidente se encontrare imposibilitado físicamente para procurarse mediante su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante los últimos 12 meses previos a la ocurrencia del Siniestro.

Para acreditar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se requiere que la Enfermedad o las lesiones sufridas como consecuencia de un Accidente sean irreversibles y que transcurra un periodo de espera no menor de 3 meses sin que exista recuperación o mejoría.

Enfermedad. Alteración de la salud ocasionada por un agente morboso de origen interno o externo que ocasione un estado de invalidez total y permanente.

Accidente. Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones en la persona del asegurado y que le origine directamente y con independencia de cualquier otra causa, un estado de invalidez total y permanente.

Accidente Amparado. Todo aquel accidente no proveniente de las causas ni efectos que más adelante se señalan como Exclusiones.

II.2. CAUSAS INMEDIATAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, sin que se requiera que transcurra el Periodo de Espera previamente señalado, la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, de una mano y un pie, o de una mano o un pie y la vista en un ojo.

Para los efectos de las Coberturas de Invalidez Total y Permanente se entiende por pérdida de la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpometacarpiano o arriba de ella (hacia el hombro), y por la pérdida del pie, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (hacia la cadera).

SIN VALOR

II.3. COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para que la Institución compruebe el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado y/o su Representante deberá(n) presentar a la Institución, las siguientes pruebas:

- El dictamen de invalidez emitido por una Institución de Seguridad Social en caso de contar con este servicio, o médico especialista con cédula profesional de la especialidad en Medicina del Trabajo.
- Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente 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 estado de Invalidez Total y Permanente. La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Institución de cualquier obligación a cargo de esta Cobertura.

En caso de que la Institución determine la improcedencia de la reclamación, deberá hacerlo con base en el dictamen emitido por un Médico Especialista en la materia.

Si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado es susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió y éstos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica, la Institución podrá determinar la improcedencia de la reclamación.

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, el caso será sometido a la evaluación de un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente sugeridos por la Institución para estos efectos y en caso de corroborarse el estado de invalidez, la Institución pagará la indemnización que corresponda, en los términos del Contrato de Seguro.

Para evaluar la procedencia o no del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, será necesario que dicho estado inicie durante la vigencia de la Póliza, independientemente de que el periodo de espera mencionado en la Cláusula de “Invalidez Total y Permanente”, concluya después de la fecha de término de vigencia de la póliza.

En caso de que el Asegurado fallezca o se recupere del estado de invalidez dentro del Periodo de Espera previamente señalado de 3 meses, el pago de la Cobertura por Invalidez Total y Permanente de que se trate será improcedente.

II.4. PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Además, de la reclamación que presente el Asegurado o Beneficiario, deberá exhibir las pruebas que obren en su poder o las que estén en condiciones de obtener, así como todas aquellas que le solicite la Institución relativas a la realización del siniestro:

- Copia certificada del Acta de Nacimiento del Asegurado
- Consentimiento-Certificado de Vida Grupo del Asegurado
- Identificación Oficial del Asegurado
- Comprobante de domicilio del Asegurado
- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (en caso de invalidez del Asegurado)

Los documentos citados en el párrafo anterior que el Asegurado o el Beneficiario en su caso, deberán presentar para comprobar la procedencia de la reclamación son los establecidos en la cláusula II.3 Comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente que antecede.

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

SIN VALOR

No obstante, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Institución tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro amparado y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

II.5. SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (SAIT)

ALCANCE
Mediante esta cobertura, la Institución pagará en una sola exhibición al Asegurado que quede inválido total y permanentemente, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, especificada en la Carátula y/o Consentimiento-Certificado de esta Póliza, extinguiéndose en ese momento la obligación que la Institución haya contraído con el Asegurado.

EDADES DE ACEPTACIÓN
Los límites de edad de aceptación para esta Cobertura son desde los 15 años hasta los 64 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 65 años.
Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CANCELACIÓN DEL BENEFICIO
Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación de la Póliza en que la edad del Asegurado sea de 65 años, así como en el momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

PRIMA
La Institución concede esta Cobertura a través de una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total.

SINIESTRO
El Asegurado deberá dar aviso a la Institución dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando los documentos e informaciones relacionados con el siniestro correspondientes que le permitan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso deberán dar el aviso de siniestro tan pronto como cesen uno u otro.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA
La Institución no tendrá obligación de pagar el Beneficio consignado en esta Cobertura cuando la Invalidez Total y Permanente sea resultado de:

A. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).

B. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.
C. Lesiones sufridas en actos delictuosos cometidos por el propio Asegurado.

D. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra abordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero de un vehículo público de compañía comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.

E. Accidentes que ocurran al Asegurado por su participación directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

SIN VALOR

F. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor.

G. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, vuelo en aeronaves ultraligeras o vuelo delta.

H. Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de estas.

I. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, con nivel igual o mayor a 0.06 gr/l de alcohol en sangre o su equivalente en aire igual o mayor a 0.30 siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

J. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de enervantes, drogas o sustancias tóxicas, excepto cuando fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

K. Lesiones que sufra el Asegurado por negligencia o culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

L. Lesiones provenientes de un accidente ocurrido antes del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.

M. Padecimientos previos al alta del Asegurado en el grupo asegurado. La Institución solo podrá rechazar un siniestro por esta exclusión cuando cuente con un dictamen emitido por un especialista en la salud legalmente autorizado que indique que la invalidez total y permanente derivó de dicho padecimiento previo.

N. Hechos o actos del Asegurado si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase.

II.6. SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE (SAITA)

ALCANCE

Mediante esta cobertura, la Institución pagará en una sola exhibición al Asegurado que quede Inválido Total y Permanentemente a causa directa de algún accidente y dentro de los 90 días siguientes de haber ocurrido éste, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, especificada en la Carátula y/o Consentimiento-Certificado de esta Póliza extinguiéndose en ese momento la obligación que la Institución haya contraído con el Asegurado.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de edad de aceptación para esta Cobertura son desde los 15 años hasta los 64 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 65 años.

Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

SIN VALOR

CANCELACIÓN DEL BENEFICIO
Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación de la Póliza en que la edad del Asegurado sea de sesenta y cinco (65) años, así como en el momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

PRIMA
La Institución concede esta Cobertura a través de una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total.

SINIESTRO
El Asegurado deberá dar aviso a la Institución dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando los documentos e informaciones relacionados con el siniestro correspondientes que le permitan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso deberán dar el aviso de siniestro tan pronto como cesen uno u otro.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA

La Institución no tendrá obligación de pagar el Beneficio consignado en esta Cobertura cuando la Invalidez Total y Permanente sea resultado de:

A. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).

B. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.

C. Lesiones sufridas en actos delictuosos cometidos por el propio Asegurado.

D. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra abordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero de un vehículo público de compañía comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.

E. Accidentes que ocurran al Asegurado por su participación directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

F. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor.

G. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, vuelo en aeronaves ultraligeras o vuelo delta.

H. Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de estas.

I. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, con nivel igual o mayor a 0.06 gr/l de alcohol en sangre o su equivalente en aire igual o mayor a

SIN VALOR

0.30 siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

J. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de enervantes, drogas o sustancias tóxicas, excepto cuando fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

K. Lesiones que sufra el Asegurado por negligencia o culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

L. Lesiones provenientes de un accidente ocurrido antes del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.

M. Padecimientos previos al alta del Asegurado en el grupo asegurado. La Institución solo podrá rechazar un siniestro por esta exclusión cuando cuente con un dictamen emitido por un especialista en la salud legalmente autorizado que indique que la invalidez total y permanente derivó de dicho padecimiento previo.

N. Hechos o actos del Asegurado si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase.

II.7. SEGURO SALDADO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BITS)

ALCANCE
Mediante esta cobertura, la Institución otorgará al Asegurado que quede Inválido Total y Permanentemente, un seguro individual ordinario de vida sin Beneficios adicionales y con una Suma Asegurada igual a la contratada para esta Cobertura (la cual permanecerá constante hasta que ocurra el fallecimiento del Asegurado y pagándose a los Beneficiarios designados), sin que éste tenga que pagar primas a la Institución por este concepto y sin necesidad de requisitos de asegurabilidad. Por lo tanto, el Consentimiento-Certificado de la póliza de grupo quedará cancelado.

EDADES DE ACEPTACIÓN
Los límites de edad de aceptación para esta Cobertura son desde los 15 años hasta los 64 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 65 años.

Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CANCELACIÓN DEL BENEFICIO
Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación de la póliza en que la edad del Asegurado sea de 65 años, así como en el momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

PRIMA
La Institución concede esta Cobertura a través de una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total.

SINIESTRO
El Asegurado deberá dar aviso a la Institución dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando los documentos e informaciones relacionados con el siniestro correspondientes que le permitan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso deberán dar el aviso de siniestro tan pronto como cesen uno u otro.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA

SIN VALOR

La Institución no tendrá obligación de pagar el Beneficio consignado en esta Cobertura cuando la Invalidez Total y Permanente sea resultado de:

A. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).

B. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.

C. Lesiones sufridas en actos delictuosos cometidos por el propio Asegurado.

D. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra abordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero de un vehículo público de compañía comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.

E. Accidentes que ocurran al Asegurado por su participación directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

F. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor.

G. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, vuelo en aeronaves ultraligeras o vuelo delta.

H. Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de estas.

I. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, con nivel igual o mayor a 0.06 gr/l de alcohol en sangre o su equivalente en aire igual o mayor a 0.30 siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

J. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de enervantes, drogas o sustancias tóxicas, excepto cuando fueron prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

K. Lesiones que sufra el Asegurado por negligencia o culpa grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

L. Lesiones provenientes de un accidente ocurrido antes del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.

M. Padecimientos previos al alta del Asegurado en el grupo asegurado. La Institución solo podrá rechazar un siniestro por esta exclusión cuando cuente con un dictamen emitido por un especialista en la salud legalmente

SIN VALOR

autorizado que indique que la invalidez total y permanente derivó de dicho padecimiento previo.

N. Hechos o actos del Asegurado si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase.

III. COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL

III.1. DEFINICIONES GENERALES DE MUERTE ACCIDENTAL

Accidente. Se entenderá por Accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

Accidente Amparado. Todo aquel accidente no proveniente de las causas ni efectos que más adelante se señalan como "EXCLUSIONES", que ocurra durante la vigencia de la Póliza y Consentimiento-Certificado respectivo y que las lesiones que produzca se manifiesten dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que ocurrió dicho Accidente.

Accidente Colectivo. Para los términos de esta Póliza, se considera que un Accidente es colectivo si la muerte o pérdida orgánica ocurren como consecuencia de un Accidente:

A) Que tuviera aquel vehículo público que no sea aéreo, en el cual viajare el Asegurado como pasajero, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público, autorizada por las autoridades competentes, con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerario regular; o

B) Que tuviera aquel ascensor que opere para servicio público, en el cual viajare el Asegurado **como pasajero, con exclusión de los ascensores en las minas**; o

C) A causa del incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el Asegurado al manifestarse el incendio.

Pérdida De Una Mano. Su inutilización o separación de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

Pérdida De Un Pie. Su inutilización o separación de la articulación tibiotarciana o arriba de ella.

Pérdida De Dedos. La separación de dos falanges completas, cuando menos.

Pérdida De La Vista. La pérdida completa y definitiva de la visión.

III.2. PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTROS POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS Y/O MUERTE ACCIDENTAL

Además, de la reclamación, el Asegurado el Beneficiario deberá exhibir las pruebas que obren en su poder o las que estén en condiciones de obtener, así como todas aquellas que le solicite la Institución relativas a la realización del siniestro.

- Acta de defunción del Asegurado (en caso de muerte accidental)
- Copia certificada del Acta de Nacimiento del Asegurado
- Consentimiento-Certificado de Vida Grupo del Asegurado, solo si lo tiene.
- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente
- Identificación oficial vigente del Asegurado (solo si la tuviera en caso de muerte accidental)
- Comprobante de domicilio del Asegurado (solo si lo tuviera en caso de muerte accidental)
- Identificación oficial vigente del Beneficiario (en caso de Muerte Accidental)

SIN VALOR

- Comprobante de domicilio del Beneficiario (en caso de Muerte Accidental).
- Dictamen y todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar Pérdida Orgánica.

Los documentos citados en el párrafo anterior que el Asegurado o el Beneficiario en su caso, deberán presentar para comprobar la procedencia de la reclamación son los establecidos en la cláusula Pruebas de Hecho y Causa que antecede.

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

No obstante, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Institución tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro amparado y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

III.3. BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL (BMA)

ALCANCE
La Institución indemnizará al o los Beneficiarios designados en el Consentimiento-Certificado, si a consecuencia directa de algún accidente amparado, ocurre la muerte del Asegurado**.**

PRUEBAS DE HECHO Y CAUSA
La indemnización establecida en esta Cobertura, se concederá únicamente si se presentan a la Institución, prueba(s) fehacientes de que el Accidente Amparado que ocasionó la muerte del Asegurado, ocurrió durante la vigencia del Consentimiento-Certificado del seguro al que se adiciona esta Cobertura y que la muerte del Asegurado, ocurrió dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente Amparado.

EDADES DE ACEPTACIÓN
Los límites de edad de aceptación para esta Cobertura son desde los 15 años hasta los 69 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 69 años.

Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CANCELACIÓN DEL BENEFICIO
Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación de la póliza en que la edad del Asegurado sea de 70 años, así como en el momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

PRIMA
La Institución concede esta Cobertura a través de una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total.

SINIESTRO
El Beneficiario deberá dar aviso a la Institución dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando los documentos e informaciones relacionados con el siniestro correspondientes que le permitan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso deberán dar el aviso de siniestro tan pronto como cesen uno u otro.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA

La Institución no tendrá obligación de pagar el Beneficio consignado en esta Cobertura si la muerte del Asegurado es resultado directo de:

A. Lesiones provocadas por el propio Asegurado hacia su persona.

B. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.

SIN VALOR

C. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por lesiones accidentales.

D. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.

E. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que haya sido el provocador.

F. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.

G. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo, en las que participe el Asegurado en forma activa.

H. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.

I. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, vuelo en aeronaves ultraligeras o vuelo delta.

J. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.

K. Hechos o actos del Asegurado si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase.

L. Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un accidente.

M. Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.

N. Enfermedad física de cualquier clase. Excepto que sea consecuencia directa de un accidente.

O. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, con nivel igual o mayor a 0.06 gr/l de alcohol en sangre o su equivalente en aire igual o mayor a 0.30 siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

P. Envenenamiento, excepto accidental.

Q. Radiaciones atómicas.

III.4. DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (DIPO)

ALCANCE

La Institución indemnizará al Asegurado o al o los Beneficiarios designados en el Consentimiento-Certificado respectivo según la tabla que aparece a continuación, si a consecuencia directa de algún Accidente Amparado, ocurre la muerte o alguna(s)

SIN VALOR

pérdida(s) orgánica(s) en la persona del Asegurado.

Pérdida Ocurrida	**%Suma Asegurada**
Muerte Accidental	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

LÍMITE DE SUMA ASEGURADA
Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de esta póliza en uno o varios accidentes, la Institución pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

BENEFICIARIOS
Para el caso de muerte accidental, la indemnización se pagará al (los) Beneficiario(s) designado(s) para la cobertura básica y que aparecen en el Consentimiento-Certificado respectivo. Para los demás casos, el pago se hará al propio Asegurado.

EDADES DE ACEPTACIÓN
Los límites de edad de aceptación para esta Cobertura son desde los 15 años hasta los 69 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 69 años.

Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CANCELACIÓN DEL BENEFICIO
Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación de la póliza en que la edad del Asegurado sea de 70 años, así como en el momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

PRIMA
La Institución concede esta Cobertura a través de una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total.

SINIESTRO
El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso, deberá dar aviso a la Institución dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando los documentos e informaciones relacionados con el siniestro correspondientes que le permitan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso deberán dar el aviso de siniestro tan pronto como cesen uno u otro.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA

La Institución no tendrá obligación de pagar el Beneficio consignado en esta Cobertura si la muerte o pérdida orgánica del Asegurado es resultado directo de:

A. Lesiones provocadas por el propio asegurado hacia su persona.

B. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.

C. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por lesiones accidentales.

D. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.

SIN VALOR

E. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que haya sido el provocador.

F. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.

G. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo, en las que participe el Asegurado en forma activa.

H. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.

I. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, vuelo en aeronaves ultraligeras o vuelo delta.

J. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.

K. Hechos o actos del Asegurado si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase.

L. Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un accidente.

M. Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.

N. Enfermedad física de cualquier clase. Excepto que sea consecuencia directa de un accidente.

O. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, con nivel igual o mayor a 0.06 gr/l de alcohol en sangre o su equivalente en aire igual o mayor a 0.30 siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

P. Envenenamiento, excepto accidental.

Q. Radiaciones atómicas.

III.5. TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS (TIC)

ALCANCE

La Institución indemnizará al Asegurado o al o los Beneficiarios designados en el Consentimiento-Certificado respectivo según la tabla que aparece a continuación, si a consecuencia directa de algún Accidente Amparado, ocurre la muerte o alguna(s) pérdida(s) orgánica(s) en la persona del Asegurado.

Pérdida ocurrida	**% Suma Asegurada**
Muerte Accidental	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%

SIN VALOR

La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

DOBLE PAGO
En caso de Accidente Colectivo, los porcentajes indicados en la tabla anterior se duplicarán.

LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA
Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de esta Póliza en uno o varios accidentes, la Institución pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

BENEFICIARIOS
Para el caso de muerte accidental, la indemnización se pagará a él o los Beneficiarios designados para la cobertura básica y que aparecen en el Consentimiento-Certificado respectivo. Para los demás casos, el pago se hará al propio Asegurado.

EDADES DE ACEPTACIÓN
Los límites de edad de aceptación para esta Cobertura son desde los 15 años hasta los 69 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 años hasta los 69 años.
Será necesario el consentimiento del menor de edad, así como el de su padre o tutor, para que el Contrato no se considere nulo, en atención a lo dispuesto por el artículo 169 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CANCELACIÓN DEL BENEFICIO
Esta Cobertura quedará cancelada automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, en la renovación de la Póliza en que la edad del Asegurado sea de 70 años, así como en el momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

PRIMA
La Institución concede esta Cobertura a través de una prima adicional, que se encuentra incluida en la prima total.

SINIESTRO
El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso, deberá dar aviso a la Institución dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando los documentos e informaciones relacionados con el siniestro correspondientes que le permitan determinar las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso deberán dar el aviso de siniestro tan pronto como cesen uno u otro.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA

La Institución no tendrá obligación de pagar el Beneficio consignado en esta Cobertura si la muerte o pérdida orgánica del Asegurado es resultado directo de:

A. Lesiones provocadas por el propio Asegurado hacia su persona.

B. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.

C. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por lesiones accidentales.

D. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.

E. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que haya sido el provocador.

SIN VALOR

F. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.

G. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo, en las que participe el Asegurado en forma activa.

H. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.

I. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, vuelo en aeronaves ultraligeras o vuelo delta.

J. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.

K. Hechos o actos del Asegurado si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase.

L. Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un accidente.

M. Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.

N. Enfermedad física de cualquier clase. Excepto que sea consecuencia directa de un accidente.

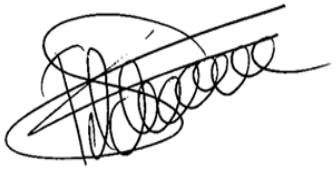
O. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, con nivel igual o mayor a 0.06 gr/l de alcohol en sangre o su equivalente en aire igual o mayor a 0.30 siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

P. Envenenamiento, excepto accidental.

Q. Radiaciones atómicas.

SIN VALOR

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 29 de septiembre de 2021 con el número CNSF-S0038-0268-2021/CONDUSEF-004965-02.