

**MÍO
CONDICIONES GENERALES**

Póliza No.:
Expedido a Nombre de:

CONTENIDO

OBJETO DEL SEGURO.....	3
PLAN DE SEGURO.....	3
PERIODO DE COBERTURA.....	3
DEFINICIÓN DE CONTRATANTE Y ASEGURADO.....	3
BENEFICIARIOS.....	3
1. BENEFICIARIO IRREVOCABLE.....	3
2. FALTA DE DESIGNACIÓN.....	3
FONDO PROTECCIÓN.....	4
FONDO AHORRO.....	4
FONDO PROVISIÓN.....	4
ESTADO DE CUENTA.....	5
PRIMAS.....	5
PRIMA PROTECCIÓN.....	5
PRIMA AHORRO.....	5
PRIMA TOTAL.....	5
PRIMA ADICIONAL.....	5
COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO.....	5
COBERTURA CRECIENTE POR FALLECIMIENTO TEMPORAL 65.....	6
COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE BAIT.....	6
ANTICIPO SOBRE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO.....	8
COSTO DEL SEGURO.....	8
A. El costo de las Coberturas por los beneficios de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente.....	8
B. El costo correspondiente a las cláusulas adicionales contratadas.....	8
C. Gastos administrativos.....	8
ESTABLECIMIENTO DE METAS.....	8
1. INCLUSIÓN DE METAS.....	8



2. RETIROS PARCIALES DE METAS	8
3. VENCIMIENTO DE LA META	9
VALOR EN EFECTIVO	9
DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA	9
REHABILITACIÓN	9
MONEDA	9
TERMINACIÓN ANTICIPADA	10
LUGAR Y MEDIOS PARA EL PAGO DE PRIMA	10
DISPUTABILIDAD	10
SUICIDIO	11
EXCLUSIONES PARTICULARES DEL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE BAIT	11
MODIFICACIONES AL CONTRATO	12
RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	13
COMUNICACIONES	13
CARENCIA DE RESTRICCIONES	13
COMPETENCIA	13
EDAD DE EMISIÓN	13
LÍMITES DE EDADES DE ACEPTACIÓN	13
PRESCRIPCIÓN	13
INFORMACIÓN DE COMISIONES	14
INDEMNIZACIÓN POR MORA	14
AGRAVACIÓN DEL RIESGO	14
IMPUESTOS	15
MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES	15
PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	15
OFICINAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN	16
DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA	17
DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF	17
CLÁUSULA PARA EL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	17



MÍO CONDICIONES GENERALES

Póliza No.:
Expedido a Nombre de:

OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. denominada en adelante "la Institución", pagará en caso de fallecimiento del Asegurado al Beneficiario(s) designado por éste y al Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente, las Sumas Aseguradas para cada Cobertura según corresponda. En caso de fallecimiento del Asegurado adicionalmente la Institución pagará el saldo total de los Fondos de la Póliza en los términos y condiciones que más adelante se establecen, inmediatamente después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa del fallecimiento.

PLAN DE SEGURO

El plan de seguro al que se sujetan estas Condiciones Generales está constituido por: la Solicitud de la Póliza; la Carátula de la Póliza; la Tabla de Pago de Primas, la Tabla de Costos del Seguro y Gastos de Administración, el Plan de Metas, la Tabla de Cargos por Rescate, las Cláusulas Adicionales y las demás características y modalidades a que se sujetará el seguro contratado.

PERIODO DE COBERTURA

El inicio y fin del periodo de Cobertura del plan de seguro surtirán efecto a las 12 horas de los días especificados en la Carátula de la Póliza.

Si el saldo del Fondo Protección no es suficiente para cubrir el importe mensual del Costo del Seguro, se tomará del Fondo Ahorro; o del Fondo Provisión. En caso de insuficiencia de saldo en cualquiera de los Fondos para cubrir dicho importe, el Contratante tendrá un plazo de treinta días naturales para efectuar el pago de la diferencia de la cantidad suficiente para cubrirlo. Si durante este plazo el Contratante no efectúa el pago, los efectos del presente contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho plazo sin responsabilidad para la Institución.

En caso de que el Asegurado llegue con vida a la fecha de vencimiento indicada en la Carátula de la Póliza, la Institución entregará al Contratante el saldo total de los

RV-02-21
C1-622-X

Fondos de la póliza constituido a esa misma fecha.

DEFINICIÓN DE CONTRATANTE Y ASEGURADO

Para los efectos de este seguro, se entiende por "Contratante" la persona física o moral, que, con el consentimiento del Asegurado, ha solicitado la expedición de esta Póliza y que se obliga con la Institución al pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la misma se estipulan. Se denomina "Asegurado", a la persona física designada en la Carátula de esta póliza, sobre cuya vida se celebra este contrato.

En caso de fallecimiento del Contratante, los derechos y obligaciones que para él establece este contrato pasarán a ser del Asegurado.

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

BENEFICIARIOS

El Asegurado tendrá derecho de designar en cualquier tiempo Beneficiarios para la Cobertura por fallecimiento contratada, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que la designación surta efecto, deberá comunicarlo por escrito a la Institución, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna a los últimos Beneficiarios de la Cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

1. BENEFICIARIO IRREVOCABLE

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de Beneficiarios, designándolos como "Beneficiarios Irrevocables", mediante comunicación por escrito, tanto a éstos como a la Institución, lo cual se hará constar en la presente Póliza, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de "Beneficiarios Irrevocables".

2. FALTA DE DESIGNACIÓN

El importe de la Cobertura por fallecimiento 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, salvo pacto en contrario o que el Asegurado hubiere designado "Beneficiario Irrevocable". Al fallecimiento de alguno de los Beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, la parte correspondiente se distribuirá en porciones iguales entre los demás Beneficiarios designados.

FONDO PROTECCIÓN

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

- a) La Prima Protección correspondiente a las Coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente y cláusulas adicionales contratadas que la Institución reciba del Contratante;
- b) Más los rendimientos que en su caso sean generados de la Prima a que refiere el inciso anterior;
- c) Menos las deducciones que se generen en términos de lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.

El valor constituido en este Fondo servirá para cubrir los objetivos de protección del Asegurado y no podrá disponerse de él salvo que medie solicitud previa y por escrito del Contratante de Cancelación de la Póliza.

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

Para el Fondo Protección, los rendimientos mencionados en el inciso b) de la presente cláusula:

1. Tendrán una tasa mínima anual garantizada de 0.50% anual para cualquier moneda en que se encuentre denominada la póliza.
2. Los rendimientos se acreditarán mensualmente y se calcularán sobre el saldo del Fondo Protección que tenga la póliza en ese momento.

FONDO AHORRO

Es la cantidad de dinero a favor del Contratante, depositada en la Institución destinada para la consecución de las Metas que haya definido y se constituye por:

- a) La Prima Ahorro y la Prima Adicional que la Institución reciba del Contratante;
- b) Más los rendimientos que en caso sean generados de las mismas.
- c) Menos las deducciones que se generen en términos de lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
- d) Menos los retiros parciales o retiros por vencimiento de Metas.

Dicho Fondo Ahorro será invertido por la Institución en instrumentos de inversión autorizados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para dichos efectos, el rendimiento fluctuará de acuerdo con las condiciones del mercado financiero y los valores en los que se encuentre invertido.

Los rendimientos mencionados en el inciso b) de la presente cláusula:

1. Tendrán una tasa mínima anual garantizada a otorgar de acuerdo con la moneda de la póliza y plazo de ahorro seleccionados por el Contratante.
2. La fracción que corresponda mensualmente a la tasa garantizada se acreditará a cada una de las Metas en el último día del mes, según corresponda.
3. Mientras la Póliza esté vigente, en cada fecha de aniversario se podrá acreditar un rendimiento extraordinario, que será por el equivalente a la diferencia entre la tasa ganada y la tasa garantizada de la anualidad y se otorgará siempre y cuando los instrumentos en que se haya invertido obtengan una tasa superior a la garantizada.

FONDO PROVISIÓN

Es la cantidad de dinero a favor del Contratante que se constituye por:

- a) El saldo de los vencimientos de las Metas que el Contratante no hubiera retirado.
- b) La Prima Adicional que recibió la Institución y que no cumpla con las condiciones establecidas en las Metas que el Contratante tenga vigentes.

El dinero permanecerá en el Fondo Provisión hasta

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

que el Contratante disponga del mismo o instruya a la Institución para que se deposite en alguna Meta, ya sea nueva o alguna de las vigentes.

ESTADO DE CUENTA

La Institución generará Estados de Cuenta por periodos que no excedan de tres meses indicando todos los movimientos registrados en dicho periodo, desde que se generó el último Estado de Cuenta, hasta la fecha de corte, así como el Saldo acumulado de los Fondos. Cuando menos semestralmente la Institución enviará al domicilio del Contratante un Estado de Cuenta en papel impreso, o bien, en caso de que hubiera sido contratado el uso de Medios Electrónicos, el Estado de Cuenta podrá ser consultado a través de los mismos.

La Institución también estará obligada a proporcionar este Estado de Cuenta al Contratante en el momento en el que él lo solicite por escrito a la Institución.

PRIMAS

PRIMA PROTECCIÓN

Es la prima anual que cubre los beneficios de Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente y Cláusulas Adicionales contratadas que se estipulan en la Carátula de la Póliza y sirve para la constitución del Fondo Protección.

PRIMA AHORRO

Es la prima anual que el Contratante estableció en la solicitud de seguro para la constitución de sus Metas a través del Fondo Ahorro y se especifica en la Carátula de la Póliza.

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá incrementar la Prima Ahorro, lo cual se hará constar por escrito.

A la Prima Ahorro le será descontado 1% del monto pagado al momento del depósito por concepto de gasto de adquisición.

PRIMA TOTAL

Es la prima que se obliga a pagar anualmente el Contratante, en el domicilio de la Institución especificada en la Carátula de la Póliza y es la suma de la Prima Protección y la Prima Ahorro anteriormente descritas.

RV-02-21
C1-622-X

PRIMA ADICIONAL

Será cualquier prima extraordinaria que, en su caso, el Contratante decida ingresar a la Póliza por el monto y en el momento que él disponga, en adición a la Prima Total y que podrá destinar para incrementar el ahorro de sus Metas.

La Institución se reserva el derecho de aceptar cualquier Prima Adicional, con base en sus políticas de suscripción vigentes. En caso de no aceptar la Prima Adicional, la Institución devolverá al Asegurado el importe de la Prima Adicional dentro de los treinta días hábiles posteriores.

A la Prima Adicional le será descontado 1% del monto pagado al momento del depósito por concepto de gasto de adquisición.

COBERTURA BÁSICA POR FALLECIMIENTO

La Cobertura por Fallecimiento del Asegurado estará conformada por:

1. La Suma Asegurada de la Cobertura Básica que se indica en la Carátula de la Póliza, más
2. El saldo total de los Fondos de la póliza.

La Institución pagará a los Beneficiarios designados en una sola exhibición la cantidad correspondiente a la presente Cobertura, después de que se le acredite el fallecimiento del Asegurado.

La Institución tendrá derecho a deducir de la indemnización por fallecimiento:

- a) La parte no devengada del Costo del Seguro correspondiente al aniversario en que ocurrió el fallecimiento del Asegurado y
- b) Compensar las primas, los préstamos sobre pólizas que se le adeuden o Anticipo sobre la Cobertura por Fallecimiento que se hubiere pagado, con la prestación debida al beneficiario, en términos del artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El beneficio de la Cobertura terminará de forma automática al presentarse cualquiera de los siguientes casos:

- a) Al transcurrir los años de Cobertura que se estipulan en la Carátula de la Póliza.

- b) Al fallecimiento del Asegurado.
- c) Si el valor de los Fondos no es suficiente para deducir el Costo del Seguro correspondiente a esta Cobertura.
- d) Por solicitud por escrito del Contratante de la cancelación de la Póliza.

COBERTURA CRECIENTE TEMPORAL 65

La Cobertura Creciente Temporal 65 es una cobertura adicional y obligatoria, complementaria de la Cobertura Básica por Fallecimiento, cuya Suma Asegurada y Prima Protección aumentarán proporcionalmente de forma anual acorde al parámetro de crecimiento elegido por el Contratante al momento de la solicitud o conforme al último parámetro seleccionado, dicho parámetro será de acuerdo con la oferta que determine la Institución durante la vigencia de este contrato.

El Contratante contará con la opción de detener el crecimiento de la Suma Asegurada de esta Cobertura antes de cada aniversario de su Póliza, con previo aviso por escrito a la Institución, en caso contrario la Suma Asegurada y la Prima respectiva seguirán actualizándose acorde al último parámetro definido por el Contratante. El Contratante tendrá la opción de reactivar o suspender el parámetro de crecimiento antes de la anualidad, previo aviso por escrito a la Institución y será aplicable en la siguiente anualidad. Si el crecimiento estuvo detenido por un periodo igual o mayor a dos años, la Institución se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales para reactivar el crecimiento que en su caso solicite el Contratante.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Institución pagará a los Beneficiarios en una sola exhibición por concepto de la presente Cobertura la última Suma Asegurada alcanzada de acuerdo con el año Póliza correspondiente en que ocurra dicho fallecimiento, conforme lo establecido en la presente cláusula.

El beneficio de la Cobertura Creciente terminará de forma automática al transcurrir los años de Cobertura que se estipulan en la Carátula de la Póliza.

COBERTURA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE BAIT

Si durante la vigencia de la presente Póliza el Asegurado sufre de alguna enfermedad o accidente que le produzca una Invalidez Total y Permanente, la Institución pagará a dicho Asegurado la Suma

RV-02-21
C1-622-X

Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza para esta Cobertura, en las condiciones y por el tiempo que más adelante se establecen.

1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para efectos de esta cláusula 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 física y/o mentalmente para desempeñar cualquier actividad remunerada o lucrativa que sea compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social que le permita recuperar su capacidad económica previa a la fecha en que hubiere sufrido dicha invalidez.

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 no menor de cuatro meses sin que exista recuperación o mejoría, contados a partir de la fecha en que se emita el dictamen de invalidez 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.

Se considera que el Asegurado padece de Invalidez Total y Permanente, desde la fecha en que sufra la pérdida completa e irremediable de:

- a) La vista en ambos ojos.
- b) Ambas manos o ambos pies.
- c) Una mano y un pie.
- d) Una mano y la vista de un ojo.
- e) Un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta Cobertura se entiende por:

- a) Pérdida de una mano, su separación o pérdida total de sus funciones motrices, cuando aquélla o ésta se produzcan a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- b) Pérdida de un pie, su separación o pérdida total de sus funciones motrices, cuando aquélla o ésta se produzcan a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- c) Pérdida de la vista, la carencia absoluta e irreparable de la visión.

2. FORMAS DE PAGO DE LA COBERTURA

La Institución pagará al Asegurado la Suma Asegurada que se establece en la Carátula de la Póliza para esta Cobertura, dividida en veinticuatro mensualidades iguales y consecutivas, a partir de que el Asegurado acredite ante ella su estado de Invalidez Total y Permanente, de conformidad con esta cláusula, o en una sola exhibición, a elección del Asegurado o de su(s) representante(s) legal(es).

La reclamación deberá realizarse en vida por parte del Asegurado o a través del tutor legal en caso de encontrarse en estado de interdicción.

El pago comenzará de forma inmediata en los casos de pérdidas orgánicas a que se refiere el apartado anterior, y en otros supuestos, una vez transcurrido el periodo de espera señalado en el numeral 1 de la presente cláusula.

En caso de que el Asegurado fallezca durante el plazo en que esté recibiendo las mensualidades convenidas, las mensualidades restantes serán pagadas a los Beneficiarios designados por el propio Asegurado para la Cobertura por Fallecimiento.

3. PRUEBAS

El Asegurado deberá presentar ante la Institución, prueba de su Invalidez Total y Permanente conforme a lo estipulado en esta cláusula.

La Institución a su costa, tendrá 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.

De existir controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, la reclamación será sometida 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 Total y Permanente, la Institución pagará la indemnización que corresponda, en los términos del contrato de seguro.

El Asegurado estará obligado a cumplir cuando menos los siguientes requisitos para hacer válido el beneficio pactado en esta Cobertura:

- a) Presentación del dictamen de invalidez expedido 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.
- b) Que haya transcurrido un periodo no menor de cuatro meses sin que exista recuperación o mejoría, contados a partir de la fecha en que se emita el dictamen señalado en el numeral que antecede, en caso contrario el pago de la Cobertura por Invalidez Total y Permanente será improcedente.

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

La Cobertura de Invalidez Total y Permanente terminará de manera automática al transcurrir los años de Cobertura que se estipulan en la Carátula de la Póliza, o bien, al momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

ANTICIPO SOBRE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando hayan transcurrido dos años de vigencia ininterrumpida, contados a partir de la fecha de emisión de la Póliza o de su última rehabilitación, los Beneficiarios designados para la Cobertura por fallecimiento que presenten la Póliza y el certificado médico de defunción, tendrán derecho a que la Institución les pague a título de anticipo en total hasta el 15% de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por fallecimiento, a cuenta de la parte que de esta les corresponda.

En ningún caso el pago mencionado en el párrafo anterior será mayor a dos UMAS anuales vigentes ni mayor a la parte que por la mencionada Cobertura le corresponda al Beneficiario que reclama este anticipo.

COSTO DEL SEGURO

La Institución deducirá mensualmente del Fondo Protección de la Póliza, el importe correspondiente a un mes de las Coberturas de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente, por concepto de Costo del Seguro. Este Costo del Seguro se obtendrá sumando los siguientes montos:

A. El costo de las Coberturas por los beneficios de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente

Este se obtendrá multiplicando el factor correspondiente a cada aniversario de la Póliza por la Suma Asegurada, calculado al momento de la deducción de este costo y dividido entre mil.

El factor que se utiliza para el cálculo de este costo se incrementa de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado, de acuerdo con lo mostrado como Factores Anuales de Costos de Mortalidad e Invalidez en la Tabla de Costos de Seguro y Gastos de Administración.

B. El costo correspondiente a las cláusulas adicionales contratadas

Este se obtiene sumando el producto de la Suma Asegurada de cada beneficio estipulado en la Carátula de la Póliza, por el factor propio del beneficio, correspondiente en cada aniversario de la Póliza.

El factor que se utiliza para el cálculo de este costo se incrementa de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado y se muestra como Factores anuales de Costos de Mortalidad e Invalidez.

C. Gastos administrativos

Los cuales se obtienen sumando:

- El monto fijo por concepto de Gastos de Administración.
- Más el producto de la Suma Asegurada de cada beneficio en vigor dividido entre mil por el factor al millar correspondiente a cada Cobertura.

Dichos factores y montos fijos se encuentran en la Tabla de Costos de Seguro y Gastos de Administración.

ESTABLECIMIENTO DE METAS

El Contratante podrá elegir hasta cuatro diferentes opciones de ahorro de Metas simultáneas, debiendo durante toda la vigencia de la póliza mantener al menos una Meta activa. Las Metas se encuentran descritas en el Plan de Metas que forma parte del presente contrato, en el que se indica el propósito, plazo, Tasa Anual Mínima Garantizada y Prima Ahorro. El Contratante indicará por escrito a la Institución, las Metas y plazo de las mismas con apego a los términos del presente contrato y de conformidad con la oferta que para dichos efectos determine la Institución, cada plazo de opción de Meta generará los rendimientos acordes al periodo elegido.

La Institución descontará de los rendimientos, por concepto de gasto de administración del ahorro, la cantidad establecida en el Plan de Metas, mismo que se determina en función del horizonte de ahorro de cada Meta.

1. INCLUSIÓN DE METAS

El Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución incluir nuevas Metas, siempre que éstas cumplan con los requisitos establecidos por la Institución en montos mínimos y plazos.

2. RETIROS PARCIALES DE METAS

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá efectuar retiros parciales sobre el ahorro de las Metas

que se tengan contratadas, previa solicitud por escrito a la Institución.

Asimismo, el Contratante podrá cancelar Metas, efectuando un retiro total del monto de la Meta a cancelar. La cancelación deberá realizarse con previa solicitud por escrito a la Institución, y procederá siempre y cuando se cumpla con la regla de contar con al menos una Meta en el plan, de lo contrario la Póliza se cancelará.

El retiro parcial podrá ser por cualquier monto que no exceda el saldo de las Metas con que cuente el Contratante a la fecha de la solicitud correspondiente. El monto del retiro parcial será deducido directamente del Fondo Ahorro conforme a lo solicitado por el Contratante.

Si el retiro parcial o cancelación de la Meta ocurren antes del Vencimiento de la Meta, la Institución realizará un cargo por retiro anticipado, el cual se calculará como el porcentaje indicado en la Tabla de Cargos por Rescate aplicado sobre el monto a retirar.

3. VENCIMIENTO DE LA META

En la fecha de vencimiento de la Meta de que se trate, el Contratante podrá disponer del ahorro de dicha Meta, en caso de no disponer del dinero de la Meta, este monto pasará al Fondo Provisión en donde estará disponible hasta que el Contratante solicite su retiro o asignación a alguna otra Meta.

VALOR EN EFECTIVO

Cuando el Contratante no desee continuar con esta Póliza, podrá solicitar su cancelación por escrito, teniendo derecho a recibir una cantidad de dinero denominada Valor en Efectivo. Dicho importe será la suma de:

- a) El saldo del Fondo Protección de la Póliza constituido al momento de la cancelación menos los cargos correspondientes. Estos cargos se calcularán de la siguiente manera: La Prima Protección anual multiplicada por el porcentaje mostrado en la Tabla de Cargos por Rescate como porcentaje sobre prima, correspondiente con el año póliza.
- b) El saldo del Fondo Ahorro de la Póliza constituido al momento de la cancelación menos los cargos correspondientes. Estos cargos aplicarán en caso de que la fecha de cancelación no coincida con el Vencimiento de la Meta correspondiente y se calcularán como el porcentaje indicado en la Tabla de

Cargos por Rescate aplicado sobre el monto a retirar.

DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA

En caso de que el Contratante solicite por escrito a la Institución realizar una disminución de Suma Asegurada, será aplicable a la Cobertura Básica contratada y las Coberturas Adicionales contratadas en la misma proporción hasta la Suma Asegurada mínima del plan, la Institución considerará este como una cancelación parcial por lo que aplicará un cargo al Fondo Protección de la póliza de acuerdo con las políticas vigentes de la Institución.

REHABILITACIÓN

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

- a) El Contratante o Asegurado lo soliciten por escrito a la Institución;
- b) El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad vigentes en la fecha de solicitud de la rehabilitación, relativos a su estado de salud, edad y ocupación que la Institución le requiera; y
- c) Se pague el importe del ajuste correspondiente a un mínimo de 6 meses de Prima Protección.

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

MONEDA

Todos los pagos que el Contratante y la Institución deban realizar conforme a esta póliza se liquidarán en Moneda Nacional en términos de la Ley Monetaria vigente.

En el caso de que la Póliza esté contratada en Dólares, se utilizará el tipo de cambio de venta del Dólar de los E.U.A. determinado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

En caso de que la Póliza esté contratada en Unidades de Inversión (UDI), se utilizará el valor de la UDI que

publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago. En caso de que las UDI desaparezcan, la Institución se compromete a reemplazarlas por un sistema determinado por el Banco de México que cumpla con el objetivo de mantener el valor adquisitivo del Fondo Protección y Ahorro.

TERMINACIÓN ANTICIPADA

En caso de terminación anticipada del Contrato a solicitud escrita del Contratante a la Institución, ésta se obliga a devolver los valores que corresponda según lo descrito en el presente Contrato, descontando los gastos ocasionados por dicha terminación.

Procedimiento aplicable en caso de terminación anticipada del Contrato:

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

La Institución, una vez constatada la autenticidad y veracidad de la identidad de Contratante, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio a dicha solicitud y realizará la devolución de los valores, en su caso, dentro de los treinta días hábiles posteriores. 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.

LUGAR Y MEDIOS PARA EL PAGO DE 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 8005054000.

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.

DISPUTABILIDAD

Durante los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio del periodo de cobertura indicada en la Carátula de la presente Póliza o de su última rehabilitación, la Institución podrá rescindir el contrato si el Asegurado o el Contratante incurrieron en omisiones o inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado por esta Póliza, al contestar los cuestionarios proporcionados

por la Institución para la emisión de la misma y para su rehabilitación, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Cuando posteriormente a la fecha en que haya dado inicio la efectividad de este contrato o en que se haya rehabilitado, el Asegurado presentara cualquier declaración que requiera la Institución para la apreciación del riesgo, con motivo de la inclusión de alguna Cobertura o cláusula adicional a este contrato, o para aumentar la Suma Asegurada; tales pactos de incremento del riesgo serán disputables por causa de omisiones o inexactas declaraciones, durante los dos primeros años contados a partir de su celebración o inclusión en este contrato.

Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

Si las omisiones o inexactitudes son relativas a la edad del Asegurado, se procederá conforme a lo siguiente:

- a) Si la edad real a la fecha de la solicitud excede de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las reglas a que se refiere el artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- b) Si la edad real del Asegurado se encuentra comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se aplicarán las reglas a que se refiere el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de emisión de este contrato

o de su última rehabilitación, la Institución pagará a los Beneficiarios únicamente la reserva matemática correspondiente a la fecha en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, quedando liberada de cualquier otra obligación derivada de este contrato.

Si el suicidio ocurriera después del plazo al que se refiere el párrafo precedente, la Institución pagará la Cobertura por fallecimiento en los términos convenidos en el presente contrato.

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de que se hubiera incluido alguna Cobertura o cláusula adicional a este contrato, o se hubiera aumentado la Suma Asegurada que no estuviere estipulada previamente, ya sea a petición del Contratante o por causa de un ajuste automático, la Institución pagará por ese incremento o inclusión a los Beneficiarios únicamente la reserva matemática correspondiente a este incremento, a la fecha en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, quedando liberada de cualquier otra obligación derivada de este contrato.

EXCLUSIONES PARTICULARES DEL BENEFICIO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE BAIT

Este beneficio no ampara la Invalidez Total y Permanente del Asegurado si es resultado directo de:

1. Lesiones que el Asegurado sufra en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
2. Lesiones que el Asegurado sufra por participar activamente en riñas o en la

comisión de actos delictivos intencionales.

3. Lesiones o enfermedades que el Asegurado sufra a consecuencia de desempeñar actividades de tipo militar, de seguridad o vigilancia.
4. Hechos o actos del Asegurado, si éste padece de enfermedad mental de cualquier clase.
5. Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.
6. Lesiones o enfermedades cuyos síntomas o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de contratación de la presente Póliza, que por su naturaleza no puedan pasar inadvertidos a los sentidos o que hayan sido diagnosticadas por un médico.
7. Diabetes, si se presenta durante los tres primeros años de vigencia ininterrumpida de la presente Póliza.
8. Lesiones que se originen por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, o de estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un médico.
9. Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.

10. Al participar como piloto o pasajero en vehículos de cualquier tipo, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad.

11. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado viaje en motocicletas, motonetas, trimotos, cuatrimotos, u otros vehículos similares de motor.

12. Practicar paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros u otras actividades deportivas o profesionales igualmente peligrosas; salvo que el accidente ocurra con motivo de la práctica vacacional de éstas, siempre que no exista culpa grave o negligencia inexcusable por parte del Asegurado. La práctica vacacional de deportes o actividades peligrosas deberá ocurrir en un destino vacacional, fuera del lugar de residencia del Asegurado o a más de 50 kilómetros del centro de la población de residencia permanente del Asegurado.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las modificaciones al contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas por escrito entre la Institución y el Contratante. Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas firmados por un funcionario autorizado por la Institución.

En consecuencia, ningún agente o persona no autorizada por la Institución podrá modificar en forma alguna el presente contrato.

RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones”. (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

COMUNICACIONES

La Institución enviará al Contratante o al Asegurado toda comunicación que deba efectuar en cumplimiento de este contrato o de la Ley, al último domicilio que los mismos le hubieran dado a conocer por escrito, en cuyo caso tendrán plena validez.

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato que el Contratante o el Asegurado deseen entregar a la Institución, deberán efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio de dicha Institución en la Carátula de esta Póliza, o en el que la misma les notifique posteriormente por escrito.

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá alegar lo que a su derecho corresponda ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la propia Institución o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de

Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante la autoridad jurisdiccional competente.

EDAD DE EMISIÓN

Para los efectos de este Contrato, la edad de emisión del Asegurado se considerará igual al número de años cumplidos que tenga en la fecha en la que se emite la Póliza.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar cuando así lo juzgue conveniente la Institución. Una vez efectuada tal comprobación, la Institución hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriores pruebas de edad. Si se diera el caso de omisiones o inexactitudes referentes 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 determinados 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 determinados por la Institución, se aplicarán las reglas a que se refiere el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

LÍMITES DE EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de edad de aceptación fijados por la Institución para este contrato y todas las Coberturas son de 18 como mínimo y 55 como máximo.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de

Seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose exclusivamente de cualquier Cobertura de fallecimiento.
- II. En dos años, en todos los demás casos.

Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios, se necesitará además que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución.

INFORMACIÓN DE 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.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Institución no obstante haber recibido los documentos o información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora en los términos previstos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación. El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la Institución haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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 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.

IMPUESTOS

La Institución retendrá, en su caso, de los Fondos Protección, Ahorro o Provisión de la póliza el importe por concepto de Impuesto Sobre la Renta que indique la Ley y/o normatividad fiscal vigente al momento de realizar algún egreso, por instrucciones del Contratante o con base en los términos de las presentes Condiciones Generales. La Institución retendrá el Impuesto al Valor Agregado por los cargos a los Fondos Protección, Ahorro o Provisión de la Póliza por servicio que efectúe, esto con base en la Ley y/o normatividad fiscal vigente al momento de realizar el cargo.

MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES

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

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro amparado y del derecho constituido a su favor

por el contrato de seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Institución.

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.

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

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:

Original de la póliza, solo si la tuviera
Ultimo recibo de pago de la póliza, solo si lo tuviera
Acta de nacimiento del Asegurado
Acta de defunción del Asegurado
Certificado de defunción 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
Acta de nacimiento del Beneficiario
Identificación oficial vigente del Beneficiario
Comprobante de domicilio del Beneficiario

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.

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 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.

OFICINAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN

Para conocer el domicilio de la oficina de la Institución más cercana a su ubicación, los horarios de atención y

el tipo de operaciones que podrá realizar en cada una de ellas consulte a su Agente de Seguros, la página web www.mnyl.com.mx, o bien llame al 800 505 4000.

DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA

Centro de Atención y Servicios a Asegurados (CASA) de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Paseo de la Reforma 342 Piso 7, Col. Juárez, 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

DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF

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

CLÁUSULA PARA EL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante y/o Asegurado, conforme a los derechos que a cada uno le correspondan, podrán hacer uso de los medios electrónicos que la Institución 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.

FIRMA REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA INSTITUCIÓN

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 01 de junio de 2021, con el número CNSF-S0038-0007-2021/CONDUSEF-004728-03.