



<<pais_fiscal>> MONTERREY
 <<calle_fiscal>> Av. Pedro Ramírez Vázquez No. 200-8
 <<municipio_fiscal>> Col. Valle Oriente
 <<cp_fiscal>> C.P.66269
 <<estado_fiscal>> Sn. Pedro Garza Garcia, NL
 <<dir_telefono_fisc>> Tel. 81 8133-1200
 >

GUADALAJARA
 Av. Américas 1500, P.B.,
 Col. Country Club
 C.P. 44610 Guadalajara, Jal.
 Tel. 33 3669-3600,
 33 3669-3614

<<colec>>

<<clave>>

No. DE PÓLIZA	TIPO DE AGRUPACIÓN	FECHA DE EMISIÓN	VIGENCIA A LAS 12:00 HRS.					
			DESDE	HASTA				
<<poliza>>	<<colectividad>>	<<de>> <<me>> <<ae>>	<<dd>>	<<md>>	<<ad>>	<<dh>>	<<mh>>	<<ah>>
		>	>	>	>	>	>	>

NOMBRE DEL CONTRATANTE

<<contrata>>

DOMICILIO DEL CONTRATANTE

<<direccion>>

GRUPO ASEGURABLE

<<catego1>>

<<anexo>>

<<catego2>>

SUMA ASEGURADA MÁXIMA SIN REQUISITOS MÉDICOS

<<sami>>

REGLA PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA

<<cober1>>

<<regla>>

<<cober2>>

COBERTURAS ADICIONALES

<<lista coberturas>>

ADMINISTRACIÓN

NORMAL

AUTOADMINISTRADO

SIMPLIFICADO

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

<<FORMA_PAGO_2COL

ANUAL

SEMESTRAL

TRIMESTRAL

MENSUAL

PRIMA	EXPERIENCIA	TASA POR PAGO FRACCIONADO	RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	PAGO DE DIVIDENDO	TOTAL
<<prima>>	<<exper>>	<<p_recar>>	<<m_recar>>	<<divid>>	<<m_total>>

PARA EFECTOS DEL CÁLCULO DE DIVIDENDOS A OTORGARSE, SE CONSIDERARÁ HASTA EL MONTO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA SUMA ASEGURADA MÁXIMA QUE SE ESTABLEZCA PARA OTORGARSE SIN REQUISITOS MÉDICOS, EXCLUYENDO DEL CÁLCULO DE DIVIDENDOS TODAS AQUELLAS PRIMAS PAGADAS POR EL EXCEDENTE A DICHA SUMA.

EN CASO DE QUE OCURRA EL FALLECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO ESTANDO LA PÓLIZA RESPECTIVA Y EL CORRESPONDIENTE CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO EN VIGOR, SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. PAGARÁ DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTIPULADOS EN EL CONTRATO DEL PRESENTE SEGURO Y MEDIANTE LA ENTREGA DE DICHO CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO, LA SUMA ASEGURADA QUE CORRESPONDA, AL (LOS) BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S), PREVIA PRESENTACIÓN DE PRUEBAS DEL HECHO Y LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO DEL MIEMBRO ASEGURADO, ASÍ COMO LOS DERECHOS DEL RECLAMANTE.

ARTÍCULO 25 "SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDARAN 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". SE TRANSCRIBE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 26 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

TE INVITAMOS A CONSULTAR LAS COBERTURAS, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE LA PÓLIZA, LAS CUALES SE ESTABLECEN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y PODRÁS CONSULTARLAS DE MANERA ELECTRÓNICA EN LA PÁGINA WEB DE SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. www.mnyl.com.mx LO ANTERIOR CON INDEPENDENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL EN EL MEDIO SELECCIONADO POR EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.

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 CORREO: clientes@mnyl.com.mx

DATOS DE CONTACTO DE 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. CORREO: asesoria@condusef.gob.mx
www.condusef.gob.mx

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, LA INSTITUCIÓN FIRMA LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE
LUGAR Y FECHA <<fecha>>

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

FUNCIONARIO AUTORIZADO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de septiembre de 2024 con el número CNSF-S0038-0469-2022/CONDUSEF-005607-03.

ENDOSO DE AUTO-ADMINISTRACIÓN

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<npoliza>> a nombre de <<vcontrata>>, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>, teniendo prelación sobre las condiciones generales en todo cuanto sean opuestas.

Las pólizas que se contraten bajo el esquema de Auto-Administración, según se haya pactado en la Carátula de la Póliza, deberán sujetarse a las siguientes cláusulas:

I.- Condiciones de Autoadministración

El Contratante que mediante el presente endoso acepte el régimen de autoadministración de la Póliza deberá apegarse a los siguientes procedimientos:

1. Entregar por escrito, antes de la emisión de la Póliza, en el domicilio de la Institución, la siguiente información:
 - a. Solicitud maestra, indicando el porcentaje con el que contribuirán los asegurados al pago de las primas.
 - b. Nómina oficial de la empresa, a la fecha de la solicitud, conteniendo los siguientes datos, como mínimo:
 - i. Nombre completo del Asegurado
 - ii. Sexo
 - iii. Fecha de nacimiento del Asegurado, clave de Registro Federal de Contribuyentes o CURP
 - iv. Sueldo mensual
 - v. Categoría
 - vi. Fecha de ingreso del asegurado a la nómina de la empresa Contratante
 - vii. Suma Asegurada o regla para determinarla.

El Contratante proporcionará los datos anteriores para cada Asegurado usando un medio magnético.

Con base en lo anterior, la Institución proporcionará al Contratante un registro de los Asegurados con los que se emitió inicialmente la póliza, para fines de certificación del seguro.

2. Obtener de todos los asegurados que formen parte del Grupo Asegurado el

Consentimiento-Certificado para ser asegurado junto con la designación de beneficiarios.

3. Emitir a nombre de la Institución el Consentimiento-Certificado de cada Asegurado dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que el Asegurado se incorporó al Grupo Asegurable.
4. Entregar a cada Asegurado el original de su Consentimiento-Certificado y conservar bajo su resguardo una copia.
5. Notificar dentro de los 5 días siguientes a cada aniversario de la Póliza los movimientos de altas y bajas de asegurados que se hayan efectuado durante el año-póliza inmediato anterior.
6. En caso de cambio de regla para determinar la suma asegurada o inclusión de nuevos beneficios, el Contratante deberá emitir nuevos Consentimientos-Certificados o en su defecto notificar a los Asegurados por escrito, las nuevas condiciones.
7. La Institución pagará los siniestros que afecten a los nuevos Asegurados desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, hasta por la Suma Asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad.

II.- Incrementos Individuales de Suma Asegurada

El máximo de Suma Asegurada, sin requisitos de asegurabilidad que se determine a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza se mantendrá fijo durante todo el año-póliza.

En cada renovación las partes determinarán la nueva suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad.

Solo deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad que determine la Institución, aquellos casos en los que el incremento porcentual de protección sea mayor al porcentaje promedio de aumento de la nómina del grupo asegurado, y solo en caso de que el asegurado no los haya presentado con anterioridad.

La aplicación de este incremento porcentual queda sujeta a límite máximo de suma asegurada sin requisitos de asegurabilidad que establezca la Institución.

III.- Renovaciones

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 la Institución podrá proporcionar, dentro de los treinta días anteriores a la fecha de renovación, una propuesta que ampare dicha renovación, con las mismas condiciones en que fue contratado el seguro, aplicando las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Si el Contratante acepta dicha propuesta deberá ser pagada dentro de los treinta días siguientes a la fecha de renovación del seguro, contando el Contratante con un periodo de tiempo igual para enviar a la Institución la actualización de la información descrita en el numeral I (Condiciones de Autoadministración) apartado 1 de este Endoso, a fin de que la Institución realice y notifique al Contratante los ajustes correspondientes en términos del apartado IV (Ajuste de Primas) de este Endoso.

En caso de que ocurra un siniestro antes de que la Institución reciba la información descrita en el párrafo previo, la Institución únicamente estará obligada a pagar en las mismas condiciones y Asegurados pactados en la vigencia anterior, salvo que no hayan transcurrido los 30 días siguientes a la fecha de renovación, en cuyo caso, el siniestro será pagado bajo las condiciones que se pacten para la nueva vigencia y sujeto en todo caso, al límite máximo de suma asegurada sin requisitos de asegurabilidad

vigente a la fecha del siniestro, previo pago de la prima correspondiente a la renovación.

En los casos de las pólizas de pago fraccionado, el importe de cada recibo parcial será igual al emitido al inicio de la vigencia del seguro o en la renovación anual definitiva, menos el costo de los gastos de expedición de póliza, que en su caso resulten aplicables.

IV.- Ajuste de Primas

Una vez determinado el importe de la Suma Asegurada total correspondiente al nuevo periodo de seguro, se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada en el periodo anterior, a la que se aplicará la cuota media mensual, por un periodo igual a la mitad del periodo anterior, dando como resultado el importe del recibo (deudor o acreedor), correspondiente a este concepto, que incluye lo que corresponda a modificaciones en las Sumas Aseguradas y bajas o altas de Asegurados.

El importe de este recibo deberá pagarse dentro de los treinta días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Institución. En caso de que no pague el ajuste correspondiente se mantendrán las mismas condiciones y Asegurados en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

Los ajustes de primas por motivo de cambio de reglas para determinar la Suma Asegurada o inclusión de Beneficios, se deberán de pagar dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que dichos cambios ocurran.

En caso de que el Contratante no cubra dentro de los 30 días siguientes el ajuste de primas, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

Los ajustes de primas por motivos de incrementos salariales se pagarán en el momento en que esto ocurra. En caso de que el Contratante no cubra el ajuste de primas, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

V.- Cambio de Beneficiarios

El Asegurado que desee cambiar a sus beneficiarios, deberá notificarlo al Contratante, quien a su vez sustituirá el Consentimiento-

Certificado expedido anteriormente con un nuevo.

En caso de que el Asegurado haya hecho una designación irrevocable de beneficiario, cualquier solicitud de cambio de beneficiario que presente, deberá ser rechazada por el Contratante.

En caso de siniestro, el Contratante deberá enviar una carta junto con toda la documentación a la Institución en la que se indique que el Consentimiento-Certificado que se anexa representa la voluntad final del Asegurado, en caso de existir un tercer beneficiario no contemplado y que alegue tener algún derecho sobre la póliza, el Contratante asumirá toda responsabilidad de la póliza frente a este reclamante.

VI.- Siniestros

En caso de reclamación por alguno de los eventos amparados por la póliza, el Contratante procederá de acuerdo a lo estipulado en la póliza, basándose en el instructivo para el trámite de reclamaciones anexando, en forma adicional, el último Consentimiento-Certificado original, copia del alta al I.M.S.S. o al I.S.S.S.T.E. y el último recibo de sueldo, en caso de que la Suma Asegurada se determine con base en el sueldo.

Independientemente de que el Contratante realice el trámite del siniestro, la Institución es y será en todo momento el único obligado para pagar la indemnización que corresponda, así como para determinar la procedencia o rechazo de cualquier reclamación. El Contratante se abstendrá de pronunciarse frente al Asegurado o sus Beneficiarios en relación con la procedencia o improcedencia de cualquier reclamación.

VII.- Dividendos

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

El Contratante será responsable de entregar los montos correspondientes a 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.

De igual manera el Contratante será el único responsable de devolver a la Institución los dividendos que en su caso se requiera, por ajustes en primas y/o reclamaciones de siniestros.

VIII.- Disponibilidad de Información

La Institución tendrá acceso a toda la información que se encuentre en poder del Contratante y que tenga relación con la Póliza a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de Seguros de Grupo, en concordancia con las disposiciones legales y de dicho Reglamento.

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

FECHA DE ELABORACIÓN: <<XFEC>>

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 24 de septiembre de 2024 con el número CNSF-S0038-0469-2022/CONDUSEF-005607-03.

III. SUMAS ASEGURADAS**BENEFICIO BÁSICO**

FALLECIMIENTO

<<vida>>

G.A.F. <<gaf>>
 B.E.C. <<bec>>
 OTRO <<otros>>

S.A.I.T. <<sait>>
 S.A.I.T.A. <<saita>>
 B.I.T.S. <<bits>>

BENEFICIOS ADICIONALES**INVALIDEZ****ACCIDENTES**

T.I.C. <<tic>>
 D.I.P.O. <<dipo>>
 B.M.A. <<bma>>

ENFERMEDAD

A.E.T. <<aet>>
 A.C. <<ac>>

<<DESCRIPCIÓN COBERTURAS>>

IV. BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco Solo para identificación	% de Suma Asegurada
<<BENEF1>>		

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, LA COMPAÑÍA FIRMA LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE:

LUGAR Y FECHA <<hoy>>

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

FIRMA DEL ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

FIRMA DEL ASEGURADO MANCOMUNADO (SOLO PARA TUTORES)

CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO DE GRUPO

<<cat>>

No DE PÓLIZA <<poliza>>	FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA <<fecingp>>	No. DE CERTIFICADO <<certificado>>
----------------------------	---	---------------------------------------

NOMBRE DEL CONTRATANTE
<<contratante>>

NOMBRE DEL ASEGURADO
<<nombre>>

FECHA DE NACIMIENTO <<fnac>>	PERIODO DE SEGURO / VIGENCIA A LAS 12:00 HRS.			
	PÓLIZA		CERTIFICADO	
	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
	<<desdePoil>>	<<hastaPoil>>	<<desdeCerti>>	<<hastaCerti>>

V. BENEFICIARIOS IRREVOCABLES

Si se desea que alguno de los Beneficiarios designados con anterioridad tenga el caracter de irrevocable, indicarlo a continuación.

NOTA: La designación irrevocable de Beneficiarios tiene como consecuencia que el Asegurado, en lo futuro, no puede cambiar o cancelar dicha designación ni alterar el porcentaje que se le asigne.

Es mi voluntad designar irrevocablemente como Beneficiario de esta Póliza a: _____

VI. PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

Mencione si usted, su cónyuge, concubina(rio) o pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros ser jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas públicas, funcionario o miembro de partidos políticos (Persona Políticamente Expuesta [PPE]).

En caso afirmativo describa cargo o puesto que tiene la persona que señala como PPE: _____ Sí No

Nacionalidad de la personas que señala como PPE: _____

Parentesco o vínculo con usted: _____

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.

En caso de que ocurra el fallecimiento del Asegurado, estando la Póliza respectiva y el presente Consentimiento-Certificado en vigor al momento del siniestro, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., en adelante la Institución, pagará de acuerdo con los términos y condiciones estipulados en el contrato del presente Seguro, y mediante la entrega de este Consentimiento-Certificado, sólo si o si lo tuviera, la Suma Asegurada correspondiente que se indica en éste Consentimiento-Certificado, a la o las personas designadas como Beneficiarios, previa presentación de pruebas del hecho y la causa de fallecimiento del Asegurado, así como de los derechos del Reclamante.

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser aseguradas 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 treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, 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.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el presente Consentimiento-Certificado, en términos de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza.

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Institución tendrá la obligación de asegurar por una sola vez y sin requisitos médicos al Asegurado del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de Vida que ésta comercialice, con excepción del Seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Institución. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Institución dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación.

La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de separarse y la máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Institución, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La Prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas que la Institución tenga 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. La Institución deberá ofrecer, cuando menos, un plan ordinario de Vida. El Contratante está obligado a entregar a los Asegurados las Condiciones Generales aplicables al presente Consentimiento-Certificado. Asimismo, la Institución podrá poner a su disposición dichas Condiciones Generales de manera electrónica y tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del Asegurado, copia o duplicado de las mismas.

Acepto que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página:
<https://www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx>.

Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los titulares de los datos personales que figuran en el presente Consentimiento-Certificado, de conformidad con los términos de este consentimiento y las finalidades primarias descritas en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Abreviaturas

G.A.F.	BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS
B.E.C	BENEFICIO CONYUGAL
S.A.I.T.	PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
S.A.I.T.A.	PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CAUSADA POR UN ACCIDENTE.
B.I.T.S.	EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.
A.E.T	ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL
T.I.C.	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PERDIDA DE MIEMBROS (DOBLE PAGO SI EL ACCIDENTE OCURRE EN FORMA COLECTIVA).
D.I.P.O.	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PERDIDA DE MIEMBROS.
B.M.A.	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.
A.C.	APOYO PARA CÁNCER

<<pais_fiscal>>	MONTERREY	GUADALAJARA
<<calle_fiscal>>	Av. Pedro Ramírez Vázquez No.2008,	Av. Américas No. 1500, Planta Baja,
<<municipio_fiscal>>	Col. Valle Oriente,	Col. Country Club,
<<cp_fiscal>> <<estado_fiscal>>	C.P. 66269, Sn. Pedro Garza García,	C.P. 44660, Guadalajara, Jalisco
	NL.	
<<dir_telefono_fisc>>	Tel. (81) 8133 1222	Tel (33) 36693600

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 25 de abril del 2023 con el número CGEN-S0038-0044-2023/CONDUSEF-G-01505-01

BENEFICIO ADICIONAL GASTOS FUNERARIOS PARA DEPENDIENTES (GAFD) VIDA GRUPO

Beneficio que se adhiere y forma parte integrante de la Póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<nPoliza>> a nombre de <<vcontrata>>, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>.

En consideración a la solicitud presentada por el Contratante de la Póliza a la cual se adhieren estas condiciones, la Institución conviene en amparar el Beneficio estipulado a continuación:

I. DEFINICIONES

Asegurado: Persona física integrante del Grupo Asegurado del contrato de Seguro de Vida Grupo al cual se adhiere el presente Beneficio Adicional y cuyo nombre se indica en el Registro de Asegurados.

Dependiente Económico: Exclusivamente para efectos de este Beneficio, se entiende por Dependiente Económico a toda aquella persona que habite con el Asegurado en el mismo domicilio y cuyos gastos sean solventados por el mismo Asegurado, siempre y cuando el parentesco del Dependiente Económico sea el siguiente:

- a. Cónyuge o concubina(rio).
- b. Hijos que dependan económicamente del Asegurado, vivan en su mismo hogar y hayan nacido vivos.

II. BENEFICIO

En caso de fallecimiento del Dependiente Económico, la Institución pagará al Asegurado o al último Beneficiario(s) designado(s) por el Dependiente Económico, según corresponda, la Suma Asegurada de este Beneficio para cubrir los gastos funerarios de éste, 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 Dependiente Económico; la Suma Asegurada se estipulará en el Consentimiento-Certificado para este Beneficio y será independiente de la Suma Asegurada contratada para el Asegurado para el Beneficio básico precisando que la Suma Asegurada

máxima que pagará la Institución en caso de Hijos menores de 12 años no podrá exceder del equivalente a 100 UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensuales) vigentes.

A la muerte de Dependiente Económico el Beneficiario de este beneficio adicional, presentará la siguiente documentación:

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

Si ocurre la muerte del Asegurado simultáneamente a la de algún Dependiente Económico, se considerará que este último falleció primero, por ende, el Beneficio será pagado por partes iguales a los Beneficiarios designados por el Asegurado o, en caso de no existir, a la sucesión de éste.

Este Beneficio podrá contratarse para:

- a) Cónyuge o concubina(rio) o
- b) Cónyuge o concubina(rio) e hijos.

El tipo de cobertura contratada se establecerá en la Carátula de la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio.

III. CANCELACIÓN DEL BENEFICIO

Este Beneficio se cancelará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la Carátula de la Póliza y del Consentimiento-Certificado al que se adhiere la Cobertura.

FECHA DE ELABORACIÓN:
<<XFEC>>

2. Al fallecimiento del Asegurado.

IV. EDADES DE ACEPTACIÓN

Las edades de aceptación de esta Cobertura son:

- a. Cónyuge o concubina(rio) desde 15 hasta 99 años.
- b. Hijos desde 24 horas de nacido hasta 24 años.

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

FUNCIONARIO AUTORIZADO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de marzo del 2023, con el número BADI-S0038-0052-2022/CONDUSEF-G-01471-001.

**CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO
INDIVIDUAL DEL SEGURO DE GRUPO
GAF DEPENDIENTES**

<<cat>>

No DE PÓLIZA

FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA

No. DE CERTIFICADO

<<poliza>>

<<fecingp>>

<<certificado>>

NOMBRE DEL CONTRATANTE

<<contratante>>

NOMBRE DEL ASEGURADO

<<nombre>>

FECHA DE NACIMIENTO	PERIODO DE SEGURO / VIGENCIA A LAS 12:00 HRS.			
	PÓLIZA		CERTIFICADO	
	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
<<fnac>>	<<desdePoil>>	<<hastaPoil>>	<<desdeCerti>>	<<hastaCerti>>

SUMAS ASEGURADAS

BENEFICIOS ADICIONALES

**BENEFICIO BÁSICO
FALLECIMIENTO**
<<vida>>

INVALIDEZ

ACCIDENTES

G.A.F. <<gaf>>

S.A.I.T. <<sait>>

T.I.C. <<tic>>

G.A.F.D. <<gafd>>

S.A.I.T.A. <<saita>>

D.I.P.O. <<dipo>>

B.E.C. <<bec>>

B.I.T.S. <<bits>>

B.M.A. <<bma>>

ENFERMEDAD

OTRO <<otros>>

A.E.T. <<aet>>

A.C. <<ac>>

<<DESCRIPCION>>

BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco Solo para identificación	% de Suma Asegurada
<<BENEF1>>		

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, LA COMPAÑÍA FIRMA LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE:

LUGAR Y FECHA <<hoy>>

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

FIRMA DEL ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

**CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO
INDIVIDUAL DEL SEGURO DE GRUPO
GAF DEPENDIENTES**

<<cat>>

No DE PÓLIZA

FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA

No. DE CERTIFICADO

<<poliza>>

<<fecingp>>

<<certificado>>

NOMBRE DEL CONTRATANTE

<<contratante>>

NOMBRE DEL ASEGURADO

<<nombre>>

FECHA DE NACIMIENTO	PERIODO DE SEGURO / VIGENCIA A LAS 12:00 HRS.			
	PÓLIZA		CERTIFICADO	
	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
<<fnac>>	<<desdePoil>>	<<hastaPoil>>	<<desdeCerti>>	<<hastaCerti>>

BENEFICIARIOS IRREVOCABLES

Si se desea que alguno de los Beneficiarios designados con anterioridad tenga el caracter de irrevocable, indicarlo a continuación.

NOTA: La designación irrevocable de Beneficiarios tiene como consecuencia que el Asegurado, en lo futuro, no puede cambiar o cancelar dicha designación ni alterar el porcentaje que se le asigne.

Es mi voluntad designar irrevocablemente como Beneficiario de esta Póliza a: _____

DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL ASEGURADO (ÚNICAMENTE PARA LA COBERTURA DE GAF DEPENDIENTES)

	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento			Sexo	
				Día	Mes	Año	M	F
Cónyuge/ Concubina(rio)								
Hijo 1								
Hijo 2								
Hijo 3								

NOTA: En caso de tener más de tres hijos, es necesario llenar otro formato.

OTORGAMIENTO DE CONSENTIMIENTO DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Cónyuge/Concubina(rio)	Hijo 1
Hijo 2	Hijo 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.

En caso de que ocurra el fallecimiento del Asegurado, estando la Póliza respectiva y el presente Consentimiento-Certificado en vigor al momento del siniestro, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., en adelante la Institución, pagará de acuerdo con los términos y condiciones estipulados en el contrato del presente Seguro, y mediante la entrega de este Consentimiento-Certificado, sólo si o si lo tuviera, la Suma Asegurada correspondiente que se indica en éste Consentimiento-Certificado, a la o las personas designadas como Beneficiarios, previa presentación de pruebas del hecho y la causa de fallecimiento del Asegurado, así como de los derechos del Reclamante.

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser aseguradas 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 treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, 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.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el presente Consentimiento-Certificado, en términos de lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza.

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Institución tendrá la obligación de asegurar por una sola vez y sin requisitos médicos al Asegurado del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de Vida que ésta comercialice, con excepción del Seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Institución. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Institución dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación.

La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de separarse y la máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Institución, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La Prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas que la Institución tenga 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. La Institución deberá ofrecer, cuando menos, un plan ordinario de Vida. El Contratante está obligado a entregar a los Asegurados las Condiciones Generales aplicables al presente Consentimiento-Certificado. Asimismo, la Institución podrá poner a su disposición dichas Condiciones Generales de manera electrónica y tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del Asegurado, copia o duplicado de las mismas.

Acepto que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página:
<https://www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx>.

Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los titulares de los datos personales que figuran en el presente Consentimiento-Certificado, de conformidad con los términos de este consentimiento y las finalidades primarias descritas en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Abreviaturas

G.A.F.	BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS
G.A.F.D.	BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS DEPENDIENTES
B.E.C	BENEFICIO CONYUGAL
S.A.I.T.	PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE
S.A.I.T.A.	PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CAUSADA POR UN ACCIDENTE.
B.I.T.S.	EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.
A.E.T	ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL
T.I.C.	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PERDIDA DE MIEMBROS (DOBLE PAGO SI EL ACCIDENTE OCURRE EN FORMA COLECTIVA).
D.I.P.O.	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PERDIDA DE MIEMBROS.
B.M.A.	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.
A.C.	APOYO PARA CÁNCER

<<pais_fiscal>>	MONTERREY	GUADALAJARA
<<calle_fiscal>>	Av. Pedro Ramírez Vázquez No.2008,	Av. Américas No. 1500, Planta Baja,
<<municipio_fiscal>>	Col. Valle Oriente,	Col. Country Club,
<<cp_fiscal>> <<estado_fiscal>>	C.P. 66269, Sn. Pedro Garza García,	C.P. 44660, Guadalajara, Jalisco
	NL.	
<<dir_telefono_fisc>>	Tel. (81) 8133 1222	Tel (33) 36693600

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 21 de marzo de 2023, con el número BADI-S0038-0052-2022/CONDUSEF-G-01478-001.

CLÁUSULA GENERAL DE ACEPTACIÓN DE CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la póliza No. <<POLIZA>> a nombre de <<CONTRATANTE>>, aplicable a la categoría <<CATEGORIA>>, cuya vigencia es del <<VIG_DES_LET>> al <<VIG_HAS_LET>>.

La Institución acepta y asume como propios los Certificados Individuales expedidos por las Compañías de Seguros que previamente hubieran cubierto el riesgo descrito en la Carátula de la Póliza, y que se encuentren en poder del Contratante, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- 1) Que la Compañía de Seguros que emitió los Certificados Individuales se haya encontrado al momento de expedir los Certificados Individuales, debidamente autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y/o la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para realizar operaciones activas de seguros en el Ramo correspondiente.
- 2) Que las coberturas y beneficios que otorga la Institución coincidan con las coberturas y beneficios que en su momento otorgó la Compañía de Seguros que expidió los Certificados Individuales.
- 3) Aquellas personas respecto de las cuales no se cuente con un Certificado Individual otorgado por otra Compañía de Seguros, para quedar asegurados deberán otorgar su consentimiento expreso, mediante el llenado de la solicitud correspondiente de la Institución.
- 4) Para que se incorporen al Grupo Asegurado, las personas deberán otorgar previamente su consentimiento para ser asegurados en los términos que al efecto señale la Institución.

Por lo anterior, y salvo que expresamente y por escrito el Asegurado notifique a la Institución un cambio de Beneficiario, esta última se liberará de su obligación, pagando la Suma Asegurada que corresponda a la o las personas que aparezcan como beneficiarias en el Certificado Individual que el Contratante le entregue.

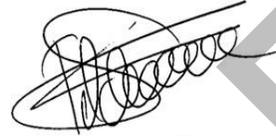
El Contratante se obliga a indemnizar a la Institución y a restituir las cantidades correspondientes de cualquier siniestro que la Institución pague erróneamente, tomando como base para dicho pago, los Certificados Individuales entregados por el Contratante a la Institución.

Estas condiciones tendrán prelación sobre las condiciones generales, en todo en cuanto sean opuestas. Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

La presente cláusula general no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de cualquier reclamación que se presente en términos de la Póliza.

FECHA DE ELABORACIÓN: <<XFEC>>

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



FUNCIONARIO AUTORIZADO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 09 de diciembre de 2021, con el número 7; 9B!G\$\$' , !\$% , !&\$%# CB8I G9: !; !\$% - +!\$\$%

Beneficio Adicional de Asistencia Funeraria

Endoso que se adhiere y forma parte integrante de la póliza de Seguro de Vida Grupo con número: xxx a nombre de xxx, aplicable a la categoría 0, cuya vigencia es del xxx al xxx.

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante la Institución proporcionará los servicios de Asistencia Funeraria que se indican en este Beneficio Adicional en caso de muerte de algún Asegurado Titular dado de alta en la póliza.

I. Beneficio

En caso de muerte del Asegurado dado de alta en la póliza, la Institución proporcionará el servicio de Asistencia Funeraria a través del Prestador de Servicios en convenio con la Institución vigente al momento de ocurrir el fallecimiento, en los términos y condiciones que se señalan más adelante:

Para Inhumación

- **Recolección del cuerpo:** consiste en recolectar el cuerpo del lugar de fallecimiento o Servicio Médico Forense y trasladarlo a una agencia funeraria dentro del perímetro del municipio, alcaldía o zona conurbada de la localidad del deceso con una distancia máxima de 50 kilómetros, siempre y cuando se cuente con el certificado de defunción correspondiente y las autoridades lo permitan.
- **Servicio de embalsamado:** se entiende como el proceso mediante el cual, el cuerpo del fallecido es sometido a intervenciones hechas por especialistas con el fin de evitar o retrasar el proceso de descomposición debido a un traslado o a una velación.
- **Arreglo estético del cuerpo:** consiste en maquillar el cuerpo con el objeto de mejorar su imagen.
- **Sala de velación:** se refiere al espacio dentro de la agencia funeraria destinado a velar el cuerpo hasta por un período de 24 horas. El servicio incluye una sala que tendrá una capacidad de hasta para 30 personas en circulación. En caso de que la velación sea en un domicilio pactado por los familiares del fallecido, se llevarán a dicho domicilio los siguientes materiales: Pedestal para ataúd, 4 Cirios (de cera o eléctricos según disponibilidad), 4 candeleros y un Crucifijo u otro elemento religioso (si el solicitante lo requiere).
- **Ataúd metálico:** se refiere al suministro de un receptáculo para restos mortuorios, para este caso en específico, dicho receptáculo tendrá como mínimo una lámina de calibre 22 (grosor) para mayor seguridad.
- **Gestión de trámites:** se refiere a realizar los trámites y permisos necesarios ante el Registro Civil y Secretaría de Salubridad para llevar a cabo el servicio mortuario. En la Secretaría de Salubridad se tramitarán los permisos para el traslado del cuerpo y el pago de derechos correspondientes. En el caso del Registro Civil, se tramitarán el certificado de defunción (sin validez oficial).
- **Traslado en carroza de Cortejo:** se refiere al traslado del cuerpo del lugar de velación hasta el panteón o cementerio en donde se vaya a inhumar el cuerpo, mismo que será dentro del perímetro del municipio, alcaldía o zona conurbada de la localidad con una distancia máxima de 50 kilómetros.
- **Asesoría jurídica testamentaria** vía telefónica (una consulta telefónica).
- **Servicio de tanatología:** se brindarán hasta dos sesiones con un especialista. El objetivo es ofrecer una guía de apoyo que ayudará al familiar a entender el proceso de duelo en el que se encuentra. Cada asesoría tiene una duración de 55 minutos aproximadamente y se otorgará de manera presencial siempre y cuando en la localidad donde se solicite la asistencia lo permita, en caso contrario la asistencia será vía telefónica. En el caso de la asistencia presencial el solicitante deberá acudir al consultorio designado por Prestador de

Servicios que la Institución tenga en convenio al momento de ocurrir el evento, la(s) cita(s) será(n) coordinada(s) entre el solicitante y el Ejecutivo de Asistencia. La asistencia tanatológica podrá ser solicitada una vez que haya sido otorgado el servicio de asistencia funeraria.

- **Casos Legales:** se consideran casos legales aquellos en los cuales el Ministerio Público interviene. Las principales causas de fallecimiento por las que el Ministerio Público actúa son: Muerte Violenta, Suicidio, fallecimiento en la vía pública, accidente. El Ejecutivo de Asistencia asesorará, explicará y guiará al cliente el proceso que por ley se deberá seguir para la liberación del cuerpo del finado del Servicio Médico Forense, que entre otros son: reconocimiento del finado, declaraciones ministeriales, necropsia, obtención del certificado de defunción en Servicio Médico Forense (SEMEFO) y liberación del finado (Dichos pasos podrán variar dependiendo de la legislación vigente de cada entidad federativa).

Para Cremación

- **Recolección del cuerpo:** consiste recolectar el cuerpo del lugar del fallecimiento o servicio médico forense y trasladarlo a una agencia funeraria dentro del perímetro del municipio, alcaldía, o zona conurbada de la localidad del deceso con una distancia máxima de 50 kilómetros, siempre y cuando se cuente con el certificado de defunción correspondiente y las autoridades lo permitan.
- **Ataúd para velación:** se refiere a un ataúd, que será utilizado únicamente durante la velación del cuerpo, y que se reintegrará a la funeraria al momento de realizar la cremación.
- **Arreglo estético del cuerpo:** consiste en maquillar el cuerpo con el objeto de mejorar su imagen.
- **Sala de velación:** se refiere al espacio dentro de la agencia funeraria destinado a velar el cuerpo hasta por un período de 24 horas. El servicio incluye una sala que tendrá una capacidad de hasta para 30 personas en circulación. En caso de que la velación sea en un domicilio pactado por los familiares del fallecido, se llevarán a dicho domicilio los siguientes materiales: Pedestal para ataúd, 4 Cirios (de cera o eléctricos según disponibilidad), 4 candeleros y un Crucifijo (si el solicitante lo requiere).
- **Servicio de cremación:** se refiere al proceso mediante el cual un cuerpo es sometido a temperaturas suficientes para reducirlo a cenizas.
- **Traslado en carroza al horno crematorio:** en caso de que la Agencia Funeraria donde se realice la velación no cuente con horno crematorio propio o no esté disponible, la Agencia Funeraria gestionará y realizará el traslado del cuerpo al horno crematorio próximo, los horarios de cremación estarán sujetos a la demanda del horno crematorio.
- **Urna para Ceniza:** se refiere al suministro de un receptáculo mortuario especial para alojar cenizas.
- **Gestión de Trámites:** se refiere a realizar los trámites y permisos necesarios ante Registro Civil y Salubridad para llevar a cabo el servicio mortuario. En Salubridad se realizará el asentamiento del Certificado de defunción. En el caso del Registro Civil se tramitarán los permisos de traslado del cuerpo, el pago de derechos, boleta de cremación y asentamiento del Acta de defunción (sin validez oficial).
- **Asesoría jurídica testamentaria** vía telefónica (una consulta telefónica).
- **Servicio de tanatología:** se brindarán hasta dos sesiones con un especialista. El objetivo es ofrecer una guía de apoyo que ayudará al familiar a entender el proceso de duelo en el que se encuentra. Cada asesoría tiene una duración de 55 minutos aproximadamente y se otorgará de manera presencial siempre y cuando en la localidad donde se solicite la asistencia lo permita, en caso contrario la asistencia será vía telefónica. En el caso de la asistencia presencial el solicitante deberá acudir al consultorio designado por Prestador de Servicios que la Institución tenga en convenio al momento de ocurrir el evento, la(s) cita(s) será(n) coordinada(s) entre el solicitante y el Ejecutivo de Asistencia. La asistencia

tanatológica podrá ser solicitada una vez que haya sido otorgado el servicio de asistencia funeraria.

En caso de que la muerte del Asegurado dado de alta en la póliza se suscite por muerte violenta, suicidio, fallecimiento en la vía pública o accidente, solo se otorgará el servicio de cremación si los familiares directos del fallecido lo solicitan y exista autorización del Ministerio Público.

II. EXCLUSIONES

a) No se cubren servicios de prestadores o proveedores distintos a los prestadores de servicios en convenio con la Institución.

b) Los servicios en su caso no incluyen fosa en panteones privados, ni nichos, apertura de fosa ni movimientos de monumentos.

c) El servicio de Recolección del Cuerpo no considera traslados desde o hacia territorio internacional.

d) El servicio de Gestión de Trámites no incluye declaraciones ministeriales en las que los familiares tengan que presentarse, ni la obtención del certificado de defunción ni Acta de defunción Certificada.

e) El servicio de Asesoría Testamentaria no incluye trámites, ni honorarios de abogados o notarios.

El servicio se proporcionará llamando al teléfono 800 504 6455 / 55 5212 0629

III. CANCELACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL.

Este Beneficio Adicional se cancelará automáticamente sin obligación alguna para la Institución al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la Carátula de la Póliza y del Consentimiento – Certificado al que se adhiere este Beneficio Adicional.
2. Al fallecimiento del Asegurado.

FECHA DE ELABORACIÓN: <<XFEC>>

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 \$) 'XY'gYdhjYa VfY'XY'&\$&' žWc b' Y`b• a Yfc `6 5 8 ≠G\$\$' , !\$\$' +!&\$&' # CB8I G9: !; !\$(%) ' ' !\$\$%r''''

BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR USO LABORAL DE MOTOCICLETA

Beneficio que se adhiere y forma parte integrante de la Póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<nPoliza>> a nombre de <<vcontrata>>, aplicable a la categoría xxx, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>.

En consideración a la solicitud presentada por el Contratante de la Póliza a la cual se adhieren estas condiciones y con el consentimiento del Asegurado, la Institución conviene en amparar el Beneficio estipulado a continuación:

I. BENEFICIO ADICIONAL:

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante la Institución pagará la Suma Asegurada estipulada para este Beneficio Adicional en la Carátula y/o Consentimiento-Certificado de esta Póliza al Asegurado si durante la vigencia de la misma, éste sufre algún Accidente de Trabajo por el uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, que le produzca una Invalidez Total y Permanente siempre y cuando se hubiere contratado la cobertura <<cobertura>>. El pago de la Suma Asegurada estará sujeto al cumplimiento de los términos y condiciones que más adelante se establecen, siempre y cuando la motocicleta, motoneta u otro vehículo similar de motor se utilice como medio de transporte de la casa del Asegurado a su trabajo y viceversa, o bien si se utiliza como herramienta de trabajo, dentro del horario laboral y en el desempeño de sus actividades laborales constituyendo un Riesgo de Trabajo.

II. DEFINICIONES:

Invalidez Total y Permanente. Se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de "Invalidez Total y Permanente", cuando como consecuencia de un Accidente Amparado 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 no menor de 3 meses sin que exista recuperación o mejoría, contados a partir de la fecha en que se emita el dictamen provisional de invalidez total y permanente 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. Tratándose de un dictamen definitivo de invalidez total y permanente emitido por una Institución de Seguridad Social, el beneficio se pagará sin que sea necesario que transcurra el periodo señalado.

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.

Riesgo de Trabajo. Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo, en términos de lo dispuesto en el artículo 473 de la Ley Federal del Trabajo.

Accidente de Trabajo. Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presente, incluso aquellos accidentes que se produzcan al trasladarse el Asegurado directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél, en términos de lo dispuesto en el artículo 474 de la Ley Federal del Trabajo.

III. EDADES DE ACEPTACIÓN

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

IV. PRIMA

La Institución otorga este Beneficio Adicional mediante el pago de una prima adicional a cargo del Contratante, que se encuentra incluida en la prima total especificada en la Carátula de la Póliza.

V. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para este Beneficio Adicional será igual a la contratada para la cobertura <<cobertura>> y se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual del Asegurado.

VI. 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 3 meses señalado en el numeral II. DEFINICIONES de este Beneficio Adicional, 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 este Beneficio Adicional 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).

VII. SINIESTRO

El Asegurado y/o su representante deberá(n) dar aviso a la Institución dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando a la Institución los documentos e informaciones relacionados con el siniestro 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.

VIII. 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 su cargo respecto de este Beneficio Adicional.

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 el Accidente que provoque 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 podrá ser 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 Total y Permanente, 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 mencionado en la definición 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 previamente señalado de 3 meses, el pago de este Beneficio Adicional será improcedente, liberando a la Institución de cualquier obligación a su cargo respecto de este Beneficio Adicional.

IX. PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO

Además, de la reclamación que presente el Asegurado o su representante, 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 Nacimiento del Asegurado (copia certificada actualizada)
- Licencia para conducir vehículo motorizado (copia y original para cotejo, en caso de ser el conductor)
- Consentimiento-Certificado de Vida Grupo del Asegurado (solo si lo tuviera)
- Identificación Oficial del Asegurado (copia y original para cotejo)
- Comprobante de domicilio del Asegurado
- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (copia certificada en su caso)
- Dictamen emitido por una Institución de Seguridad Social que determine el Accidente fue derivado de un Riesgo de Trabajo (copia y original para cotejo)

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

No obstante lo anterior, la Institución en términos de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, tendrá el derecho de exigir del Asegurado y/o su representante toda clase de

información sobre los hechos relacionados con el Accidente Amparado y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

X. EXCLUSIONES

La Institución no tendrá obligación de pagar la Suma Asegurada estipulada para este Beneficio Adicional al Asegurado cuando la Invalidez Total y Permanente sea resultado de:

- 1. Accidentes que sufra el Asegurado sin utilizar el casco protector diseñado específicamente para motociclistas.**
- 2. Accidentes que sufra el Asegurado por conducir motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor sin contar con licencia de conducir vigente para Motocicleta, en caso de que fuera el conductor, siempre y cuando la falta de la licencia de conducir se encuentre directamente ligada con la realización del siniestro.**
- 3. Accidentes que sufra el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- 4. Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, cualquiera que sea la causa.**
- 5. Negligencia o culpa grave del Asegurado, cuando dicha conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- 6. Accidentes que sufra el Asegurado por conducir a exceso de velocidad y/o por invadir carriles.**
- 7. Accidentes que sufra 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 mg/l siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- 8. Accidentes que sufra 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.**
- 9. Accidentes que sufra el Asegurado por el uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor cuando se encuentre desempeñando actividades de entrega que no estén relacionadas con las labores para las que fue contratado por el Contratante de la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio Adicional.**

XI.TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL

Este Beneficio Adicional terminará de manera automática, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, al presentarse cualquiera de los siguientes casos:

- a) En la fecha de fin del período de cobertura que se estipula en Carátula o Consentimiento-Certificado.
- b) En la renovación de la póliza en que la edad del Asegurado sea 65 años.
- c) En el momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para este Beneficio Adicional.
- d) En caso de fallecimiento del Asegurado.
- e) En caso de terminación de la relación laboral del Asegurado con el Contratante.

Estas condiciones tendrán prelación sobre las condiciones generales, en todo en cuanto sean opuestas. Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

FECHA DE ELABORACIÓN:

<<XFEC>>

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 17 de junio de 2024 con el número BADI-S0038-0045-2024/CONDUSEF-G-01626-001

BENEFICIO ADICIONAL DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR USO HABITUAL DE MOTOCICLETA

Beneficio que se adhiere y forma parte integrante de la Póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<nPoliza>> a nombre de <<vcontrata>>, aplicable a la categoría xxx, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>.

En consideración a la solicitud presentada por el Contratante de la Póliza a la cual se adhieren estas condiciones y con el consentimiento del Asegurado, la Institución conviene en amparar el Beneficio estipulado a continuación:

I.BENEFICIO ADICIONAL:

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante la Institución pagará la Suma Asegurada estipulada para este Beneficio Adicional en la Carátula y/o Consentimiento-Certificado de esta Póliza al Asegurado, si durante la vigencia de la misma éste sufre algún Accidente Amparado por el uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, que le produzca una Invalidez Total y Permanente siempre y cuando se hubiere contratado la cobertura <<cobertura>> El pago de la Suma Asegurada estará sujeto al cumplimiento de los términos y condiciones que más adelante se establecen.

II.DEFINICIONES:

Invalidez Total y Permanente. Se considerará que el Asegurado se encuentra en estado de "Invalidez Total y Permanente", cuando como consecuencia de un Accidente Amparado 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 no menor de 3 meses sin que exista recuperación o mejoría, contados a partir de la fecha en que se emita el dictamen provisional de invalidez total y permanente 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. Tratándose de un dictamen definitivo de invalidez total y permanente emitido por una Institución de Seguridad Social, el beneficio se pagará sin que sea necesario que transcurra el periodo señalado.

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.

III.EDADES DE ACEPTACIÓN

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

IV. PRIMA

La Institución otorga este Beneficio Adicional mediante el pago de una prima adicional a cargo del Contratante, que se encuentra incluida en la prima total especificada en la Carátula de la Póliza.

V. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para este Beneficio Adicional será igual a la contratada para la cobertura <<cobertura>> y se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual del Asegurado.

VI. 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 3 meses señalado en el numeral II. DEFINICIONES de este Beneficio Adicional, 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 este Beneficio Adicional se entiende por pérdida de la mano, la pérdida total e irreversible de su función, su separación o anquilosamiento irreversible de la articulación carpometacarpiana 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).

VII. SINIESTRO

El Asegurado y/o su representante deberá(n) dar aviso a la Institución dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando a la Institución los documentos e informaciones relacionados con el siniestro 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.

VIII. 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 su cargo respecto de este Beneficio Adicional.

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 el Accidente que provoque 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 podrá ser 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 Total y Permanente, 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 mencionado en la definición 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 previamente señalado de 3 meses, el pago de este Beneficio Adicional será improcedente, liberando a la Institución de cualquier obligación a su cargo respecto de este Beneficio Adicional.

IX. PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO

Además, de la reclamación que presente el Asegurado o su representante, 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 Nacimiento del Asegurado (copia certificada actualizada)
- Licencia para conducir vehículo motorizado (copia y original para cotejo, en caso de ser el conductor)
- Consentimiento-Certificado de Vida Grupo del Asegurado (solo si lo tuviera)
- Identificación Oficial del Asegurado (copia y original para cotejo)
- Comprobante de domicilio del Asegurado
- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (copia certificada, en su caso)

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

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

X. EXCLUSIONES

La Institución no tendrá obligación de pagar la Suma Asegurada estipulada para este Beneficio Adicional al Asegurado cuando la Invalidez Total y Permanente sea resultado de:

- 1. Accidentes que sufra el Asegurado sin utilizar el casco protector diseñado específicamente para motociclistas.**

- 2. Accidentes que sufra el Asegurado por conducir motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor sin contar con licencia de conducir vigente para Motocicleta, en caso de que fuera el conductor, siempre y cuando la falta de la licencia de conducir se encuentre directamente ligada con la realización del siniestro.**
- 3. Accidentes que sufra el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- 4. Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, cualquiera que sea la causa.**
- 5. Negligencia o culpa grave del Asegurado, cuando dicha conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- 6. Accidentes que sufra el Asegurado por conducir a exceso de velocidad y/o por invadir carriles.**
- 7. Accidentes que sufra 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 mg/l siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- 8. Accidentes que sufra 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.**
- 9. Accidentes que sufra el Asegurado por el uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor cuando se encuentre desempeñando actividades de entrega que no estén relacionadas con las labores para las que fue contratado por el Contratante de la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio Adicional.**

XI. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL

Este Beneficio Adicional terminará de manera automática, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, al presentarse cualquiera de los siguientes casos:

- a) En la fecha de fin del período de cobertura que se estipula en Carátula o Consentimiento-Certificado.
- b) En la renovación de la póliza en que la edad del Asegurado sea 65 años.
- c) En el momento en que la Institución pague la Suma Asegurada contratada para este Beneficio Adicional.
- d) En caso de fallecimiento del Asegurado.
- e) En caso de terminación de la relación laboral del Asegurado con el Contratante.

Estas condiciones tendrán prelación sobre las condiciones generales, en todo en cuanto sean opuestas. Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

FECHA DE ELABORACIÓN:

<<XFEC>>

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 17 de junio de 2024 con el número BADI-S0038-0045-2024/CONDUSEF-G-01626-001

BENEFICIO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR USO LABORAL DE MOTOCICLETA

Beneficio que se adhiere y forma parte integrante de la Póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<nPoliza>> a nombre de <<vcontrata>>, aplicable a la categoría<<ncat>>, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>.

En consideración a la solicitud presentada por el Contratante de la Póliza a la cual se adhieren estas condiciones y con el consentimiento del Asegurado, la Institución conviene en amparar el Beneficio estipulado a continuación:

I. BENEFICIO ADICIONAL:

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. denominada en adelante la Institución pagará en términos de la cláusula VIII. Beneficiarios, de este Beneficio Adicional siempre que el Accidente Amparado ocurra durante la vigencia de la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio Adicional y sea consecuencia del uso de motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor y siempre y cuando se hubiere contratado la cobertura <<cobertura>>, y siempre que la motocicleta, motoneta o el vehículo similar de motor que ocasione la muerte o la(s) Pérdida(s) Orgánica(s) al Asegurado se hubiera utilizado como medio de transporte de la casa del Asegurado a su trabajo y viceversa, o bien si se utilizaba como herramienta de trabajo, dentro del horario laboral y en el desempeño de sus actividades laborales constituyendo un Riesgo de Trabajo.

El pago de la Suma Asegurada en caso de Muerte Accidental o Pérdida(s) Orgánica(s) se sujetará al cumplimiento de los términos y condiciones que más adelante se establecen y de acuerdo con la siguiente tabla:

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

BMA: Beneficio por Muerte Accidental

DIPO: Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas

TIC: Triple Indemnización por Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas

II. DEFINICIONES:

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.

Riesgo de Trabajo. Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de trabajo, en términos de lo dispuesto en el artículo 473 de la Ley Federal del Trabajo.

Accidente de Trabajo. Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presente, incluso aquellos accidentes que se produzcan al trasladarse el Asegurado directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél, en términos de lo dispuesto en el artículo 474 de la Ley Federal del Trabajo.

Pérdida Orgánica: Se considera pérdida orgánica cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) **Pérdida de una mano.** Su inutilización o separación de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- b) **Pérdida de un pie.** Su inutilización o separación de la articulación tibio-tarso o arriba de ella.
- c) **Pérdida de dedos.** La separación de dos falanges completas, cuando menos.
- d) **Pérdida de la vista.** La pérdida completa y definitiva de la visión.

III. EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de edad de aceptación para este Beneficio Adicional son desde los 15 hasta los 69 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 hasta los 69 años.

IV. PRIMA

La Institución otorga este Beneficio Adicional mediante el pago de una prima adicional a cargo del Contratante, que se encuentra incluida en la prima total especificada en la Carátula de la Póliza.

V. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para este Beneficio Adicional será igual a la contratada para la cobertura <<cobertura>> la cual se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual del Asegurado.

VI. LÍMITE DE SUMA ASEGURADA

Cuando sean varias las pérdidas orgánicas ocurridas durante la vigencia de este Beneficio Adicional en uno o varios Accidentes Amparados, la Suma Asegurada de las indemnizaciones correspondientes a cada una en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para este Beneficio Adicional.

VII. SINIESTRO

El Asegurado, su representante o el Beneficiario, según corresponda deberá(n) dar aviso a la Institución dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que tenga(n) conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando a la Institución los documentos e informaciones relacionados con el siniestro 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.

VIII. 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. En caso de pérdida(s) orgánica(s), el pago se hará al propio Asegurado.

IX. PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO

Además, de la reclamación que presente el Asegurado, su representante o el Beneficiario, en su caso, deberá(n) 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:

- Original del Acta de defunción del Asegurado (en caso de muerte accidental)
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado actualizada
- Consentimiento-Certificado de Vida Grupo del Asegurado (solo si lo tuviera)
- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (copia certificada)
- Identificación oficial vigente del Asegurado (copia y original para cotejo, solo si lo 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 (copia y original para cotejo, en caso de muerte accidental)
- 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 (copia y original para cotejo, en caso de pérdida orgánica).

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

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

X. EXCLUSIONES

La Institución no tendrá obligación de pagar la Suma Asegurada estipulada para este Beneficio Adicional cuando la Muerte Accidental o Pérdida Orgánica sea resultado de:

- 1. Accidentes que sufra el Asegurado sin utilizar el casco protector diseñado específicamente para motociclistas.**
- 2. Accidentes que sufra el Asegurado por conducir motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor sin contar con licencia de conducir vigente para Motocicleta, en caso de que fuera el conductor, siempre y cuando la falta de la licencia de conducir se encuentre directamente ligada con la realización del siniestro.**
- 3. Accidentes que sufra el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**

4. Lesiones y sus consecuencias que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, cualquiera que sea la causa.
5. Negligencia o culpa grave del Asegurado, cuando dicha conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
6. Accidentes que sufra el Asegurado por conducir a exceso de velocidad y/o por invadir carriles.
7. Accidentes que sufra el Asegurado por el uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor durante actividades diferentes a las labores para las que fue contratado por el Contratante de la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio Adicional.
8. Accidentes que sufra 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 mg/l siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
9. Accidentes que sufra 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.

XI.TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL

Este Beneficio Adicional terminará de manera automática, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, al presentarse cualquiera de los siguientes casos:

- a) En la fecha de fin del período que se estipula en Carátula o Consentimiento Certificado.
- b) En la renovación de la póliza en que la edad del Asegurado sea 69 años.
- c) En caso de fallecimiento del Asegurado
- d) En la fecha de terminación de la relación laboral del Asegurado con el Contratante.

Estas condiciones tendrán prelación sobre las condiciones generales, en todo en cuanto sean opuestas. Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

FECHA DE ELABORACIÓN: <<XFEC>>

FUNCIONARIO AUTORIZADO

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 17 de junio de 2024 con el número BADI-S0038-0045-2024/CONDUSEF-G-01626-001

SIN VALOR

BENEFICIO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR USO HABITUAL DE MOTOCICLETA

Beneficio que se adhiere y forma parte integrante de la Póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<nPoliza>> a nombre de <<vcontrata>>, aplicable a la categoría xxx, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>.

En consideración a la solicitud presentada por el Contratante de la Póliza a la cual se adhieren estas condiciones y con el consentimiento del Asegurado, la Institución conviene en amparar el Beneficio estipulado a continuación:

I. BENEFICIO ADICIONAL:

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. denominada en adelante la Institución pagará en términos de la cláusula VIII. Beneficiarios, de este beneficio siempre que el Accidente Amparado ocurra durante la vigencia de la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio Adicional y sea consecuencia del uso de motocicleta, motoneta u otros vehículos similares de motor y siempre y cuando se hubiere contratado la cobertura <<cobertura>>.

El pago de la Suma Asegurada en caso de Muerte Accidental o Pérdida(s) Orgánica(s) se sujetará al cumplimiento de los términos y condiciones que más adelante se establecen y de acuerdo con la siguiente tabla:

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

BMA: Beneficio por Muerte Accidental

DIPO: Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas

TIC: Triple Indemnización por Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas

II. DEFINICIONES:

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.

Pérdida Orgánica: Se considera pérdida orgánica cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) **Pérdida de una mano.** Su inutilización o separación de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- b) **Pérdida de un pie.** Su inutilización o separación de la articulación tibio-tarso o arriba de ella.
- c) **Pérdida de dedos.** La separación de dos falanges completas, cuando menos.
- d) **Pérdida de la vista.** La pérdida completa y definitiva de la visión.

III. EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de edad de aceptación para este Beneficio Adicional son desde los 15 hasta los 69 años. En caso de renovación los límites de edad serán desde los 16 hasta los 69 años.

IV. PRIMA

La Institución otorga este Beneficio Adicional mediante el pago de una prima adicional a cargo del Contratante, que se encuentra incluida en la prima total especificada en la Carátula de la Póliza.

V. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para este Beneficio Adicional será igual a la contratada para la cobertura <<cobertura>> la cual se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual del Asegurado.

VI. LÍMITE DE SUMA ASEGURADA

Cuando sean varias las pérdidas orgánicas ocurridas durante la vigencia de este Beneficio Adicional en uno o varios Accidentes Amparados, la Suma Asegurada de las indemnizaciones correspondientes a cada una en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para este Beneficio Adicional.

VII. SINIESTRO

El Asegurado, su representante o el Beneficiario, según corresponda deberá dar aviso a la Institución dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de los hechos que dieron origen a la reclamación, presentando a la Institución los documentos e informaciones relacionados con el siniestro 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.

VIII. 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. En caso de pérdida(s) orgánica(s), el pago se hará al propio Asegurado.

IX. PRUEBAS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO

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

- Original del Acta de Defunción del Asegurado (en caso de muerte accidental)
- Original del Acta de Nacimiento del Asegurado actualizada
- Consentimiento-Certificado de Vida Grupo del Asegurado (solo si lo tuviera)

- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (copia certificada)
- Identificación oficial vigente del Asegurado (copia y original para cotejo, solo si lo 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 (copia y original para cotejo, en caso de muerte accidental)
- Comprobante de domicilio del Beneficiario (en caso de muerte accidental)
- Dictamen y todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Pérdida Orgánica (copia y original para cotejo, en caso de pérdida orgánica)

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

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

X. EXCLUSIONES

La Institución no tendrá obligación de pagar la Suma Asegurada estipulada para este Beneficio Adicional cuando la Muerte Accidental o Pérdida Orgánica sea resultado de:

- 1. Accidentes que sufra el Asegurado sin utilizar el casco protector diseñado específicamente para motociclistas.**
- 2. Accidentes que sufra el Asegurado por conducir motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor sin contar con licencia de conducir vigente para Motocicleta, en caso de que fuera el conductor, siempre y cuando la falta de la licencia de conducir se encuentre directamente ligada con la realización del siniestro.**
- 3. Accidentes que sufra el Asegurado al participar en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- 4. Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste, cualquiera que sea la causa.**
- 5. Negligencia o culpa grave del Asegurado, cuando dicha conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- 6. Accidentes que sufra el Asegurado por conducir a exceso de velocidad y/o por invadir carriles.**
- 7. Accidentes que sufra 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 mg/l siempre y cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**

- 8. Accidentes que sufra el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de enervantes, drogas o sustancias tóxicas, excepto cuando fueren prescritas por un médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**
- 9. Accidentes que sufra el Asegurado cuando se encuentre desempeñando actividades de entrega que no estén relacionadas con las labores para las que fue contratado por el Contratante de la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio Adicional.**

XI. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL

Este Beneficio Adicional terminará de manera automática, sin necesidad de declaración expresa de la Institución, al presentarse cualquiera de los siguientes casos:

- a) En la fecha de fin del período que se estipula en Carátula o Consentimiento Certificado.
En la renovación de la póliza en que la edad del Asegurado sea 69 años.
- b) En caso de fallecimiento del Asegurado.
- c) En la fecha de terminación de la relación laboral del Asegurado con el Contratante.

Estas condiciones tendrán prelación sobre las condiciones generales, en todo en cuanto sean opuestas. Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

FECHA DE ELABORACIÓN:

<<XFEC>>

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 17 de junio de 2024 con el número BADI-S0038-0045-2024/CONDUSEF-G-01626-001