

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE GRUPO PARA DEUDORES

Condiciones que se adhiere y forma parte integrante de las póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<Poliza>> a nombre de <<vt_Contra>>, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>

CONTENIDO

I. OBJETO DEL SEGURO.....	2
II. DEFINICIONES.....	2
III. DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.....	2
IV. REGISTRO DE ASEGURADOS.....	3
1. ALTA DE ASEGURADOS.....	3
2. BAJA DE ASEGURADOS.....	4
V. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.....	4
VI. BENEFICIARIOS.....	4
A. BENEFICIARIO IRREVOCABLE.....	4
B. FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	5
C. ADVERTENCIA:.....	5
VII. PAGO DE LA PRIMA.....	5
VIII. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA.....	5
IX. VIGENCIA DEL CONTRATO.....	5
X. INICIO DE COBERTURA.....	6
XI. INDEMNIZACIÓN.....	6
XII. DIVIDENDOS.....	6
XIII. RENOVACIÓN.....	7
XIV. REHABILITACIÓN.....	7
XV. CARENCIA DE RESTRICCIONES CON RESPECTO A RESIDENCIA, VIAJES U OCUPACIÓN.....	7
XVI. DISPUTABILIDAD.....	7
XVII. SUICIDIO.....	8
XVIII. EDAD.....	8
XIX. PRESCRIPCIÓN.....	9
XX. MONEDA.....	9
XXI. INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	9
XXII. DOMICILIOS, AVISOS Y NOTIFICACIONES.....	9
XXIII. COMISIONES.....	9
XXIV. COMPETENCIA.....	9
XXV. OBLIGACIONES ADICIONALES DEL CONTRATANTE.....	10
A. ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.....	10
B. PÓLIZAS AUTO ADMINISTRADAS.....	10
XXVI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	11
XXVII. MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES.....	11
XXVIII. DATOS DE LOCALIZACION DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA.....	11
XXIX. DATOS DE CONTACTO DE CONDUSEF.....	11

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE GRUPO PARA DEUDORES

Condiciones que se adhiere y forma parte integrante de las póliza de Seguro de Vida Grupo con número: <<Poliza>> a nombre de <<vt_Contra>>, cuya vigencia es del <<polvigdesd>> al <<polvighast>>

I. OBJETO DEL SEGURO.

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., denominada en adelante la "Institución" pagará al Contratante en caso de fallecimiento de alguno de los Asegurados, el Saldo Insoluto del Crédito que tenga contratado con el propio Contratante y que se describe en el Certificado Individual al momento del siniestro.

La diferencia entre la suma asegurada y el saldo insoluto del Crédito se pagará, a los Beneficiarios en segundo lugar que tenga designados el Asegurado.

Los beneficios adicionales que se contraten, se regirán por las condiciones específicas que se contengan en los endosos respectivos.

II. DEFINICIONES.

Para efectos del presente Contrato, los siguientes términos tendrán los significados que se señalan a continuación:

- a) Póliza o Contrato de Seguro: La documentación contractual integrada por la carátula de la Póliza, la Solicitud, el Registro de Asegurados anexo, los Consentimientos, Certificados Individuales y los Endosos que sean convenidos de forma expresa entre el Contratante y la Institución. Las condiciones del Contrato de Seguro sólo podrán ser modificadas mediante el consentimiento escrito de ambas partes, el cual deberá expresarse en términos de un endoso previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- b) Contratante: La persona física o moral que celebre el Contrato de Seguro con la Institución.
- c) Asegurado: Persona física integrante del Grupo Asegurado, cuyo nombre se encuentra dentro del Registro de Asegurados.
- d) Beneficiario: Persona Física o Moral designada por el Asegurado en el Certificado Individual correspondiente, como titular de los

derechos indemnizatorios derivados de la cobertura contratada. Para cumplir con el Objeto del Seguro de dicha cobertura básica, se designará como Beneficiario Irrevocable, al Contratante de la Póliza, y en caso de que exista un remanente después de liquidar el saldo insoluto del crédito al momento del fallecimiento, se pagará dicho remanente al resto de los Beneficiarios designados.

- e) Causahabiente: Persona física o moral que suceda o sustituye al Asegurado en sus derechos y obligaciones
- f) Grupo Asegurable: Conjunto de personas que mantienen un vínculo o interés común, lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro. De manera enunciativa y no limitativa, se entenderá que existe un vínculo o interés común, cuando los Asegurados tengan celebrado un contrato de crédito o préstamo con una misma persona o institución.
- g) Grupo Asegurado: Conjunto de personas que perteneciendo a un Grupo Asegurable, otorgaron su consentimiento para ser asegurados en términos del Contrato de Seguro.
- h) Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad de la Institución, convenido para cada cobertura contratada.
- i) Suma Asegurada Máxima por Asegurado: Es la Suma Asegurada Máxima por persona que la Institución se obliga a aceptar sin que ésta presente pruebas médicas de asegurabilidad.
- j) Saldo insoluto del crédito: Es el total de capital e intereses ordinarios que el Asegurado adeuda al Contratante, excluyendo intereses moratorios y sin que en ningún caso se pueda exceder de la Suma Asegurada Máxima por Asegurado.

III. DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA.

La Suma Asegurada para cada miembro del Grupo Asegurado se determinará de acuerdo con lo establecido en la solicitud por el Contratante y

aceptado por la Institución, sin requisitos de asegurabilidad. La Suma Asegurada máxima que la Institución cubrirá para los miembros del Grupo Asegurable, sin necesidad de que éstos presenten requisitos de asegurabilidad, será la que se estipula en la Carátula de la Póliza; los Asegurados que superen la Suma Asegurada máxima, a efectos de quedar asegurados, deberán someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Institución considere pertinentes, en función al monto de la suma asegurada y edad del Asegurado.

En caso de que antes de ocurrir un siniestro la Institución tenga conocimiento de que la Suma Asegurada que corresponde a algún miembro del Grupo Asegurado, es distinta del que consta en el certificado correspondiente, la Institución, modificará la Suma Asegurada en el Registro de Asegurados y sustituirá el Certificado. Si la modificación a la Suma Asegurada implica un incremento de la misma, el Contrato de Seguro será disputable por el monto incrementado en términos de la Cláusula correspondiente.

Las primas que correspondan al Contrato de Seguro contratado se ajustarán en los mismos términos que lo haga la suma asegurada, de acuerdo con las tarifas que la Institución tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Si con posterioridad a la ocurrencia de un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado Individual correspondiente no concuerda con la regla para determinarla, la Institución estará obligada a pagar la Suma Asegurada que corresponda de acuerdo con lo estipulado en la póliza, debiendo en su caso, efectuar el ajuste correspondiente a la prima.

La Institución tendrá derecho a compensar las primas no pagadas contra la suma asegurada debida al Beneficiario.

IV. REGISTRO DE ASEGURADOS.

El contratante se obliga a elaborar y enviar a la Institución mensualmente un reporte en el que se indiquen todos sus deudores y el Saldo Insoluto del Crédito de cada uno de ellos.

Con dicha información, la Institución generará un Registro de Asegurados vigentes en la póliza, mismo que entregará al Contratante, el cual deberá ser revisado por el mismo, a fin de validar que coincida con la información por él proporcionada. El registro contendrá, entre otros datos:

- a) Nombre completo, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Asegurados;
- b) Suma Asegurada Máxima por Asegurado o regla para determinarla;
- c) Saldo Insoluto del Crédito en el mes correspondiente;
- d) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado y fecha de terminación del mismo;
- e) Operación y plan de seguro de que se trate;
- f) Número de Certificado Individual;
- g) Coberturas amparadas.
- h) Beneficiarios adicionales distintos al Contratante respecto de la diferencia que resulte de restar a la Suma Asegurada el Saldo Insoluto del Crédito.

La Institución llevará además, un registro de altas y bajas de Asegurados al Grupo Asegurado, los cuales serán reportados por el Contratante en los siguientes términos:

1. ALTA DE ASEGURADOS.

Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo asegurado 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 del mismo, la Institución, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se

hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

2. BAJA DE ASEGURADOS.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Para efectos de esta Póliza, la Institución considerará que también se separan definitivamente del Grupo Asegurado, a los Asegurados que no cubran al Contratante la prima a que se obligaron. En este supuesto, el Contratante podrá solicitar la baja del Asegurado a la Institución. El seguro terminará en la fecha en que sea recibido el aviso por la Institución o en la fecha en que indique el Contratante si ésta es posterior a la fecha en que la Institución reciba el aviso de baja.

El Contratante deberá comunicar por escrito a la Institución, tan pronto como tenga conocimiento de las bajas del Grupo o reciba los Consentimientos de los Asegurados, los nombres de las personas que deban ser altas o bajas del Grupo Asegurado, así como las fechas de los movimientos respectivos. Las altas y bajas de Asegurados serán inscritas por la Institución en el Registro de Asegurados que forma parte de este contrato.

V. CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

La Institución expedirá y entregará los Certificados Individuales al Contratante, para que éste a su vez los entregue a los Asegurados. Los certificados individuales contendrán entre otros datos, los siguientes:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Institución;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Institución;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;

- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;

VI. BENEFICIARIOS.

El Beneficiario irrevocable y en primer lugar de esta póliza, hasta por el Saldo Insoluto del Crédito, será en todo caso el Contratante. Lo anterior en el entendido de que en ningún caso el Saldo Insoluto del Crédito podrá ser superior a la Suma Asegurada convenida.

En ningún caso el Contratante podrá ser beneficiario por un monto superior al equivalente al Saldo Insoluto del Crédito.

Los Asegurados podrán cambiar de Beneficiarios distintos al Contratante en cualquier tiempo. Para que cualquier miembro del Grupo Asegurado pueda cambiar de Beneficiarios, deberá presentar su solicitud por escrito en los formatos que al efecto tenga disponible la Institución, remitiendo la misma a la Institución, junto con el Certificado Individual, para la anotación correspondiente, en este último y en el Registro de Asegurados.

A. BENEFICIARIO IRREVOCABLE.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de Beneficiarios distintos al Contratante, por lo que refiere a la diferencia que resulte de restar a la Suma Asegurada el Saldo Insoluto del Crédito designando Beneficiarios irrevocables mediante comunicación por escrito, tanto a éstos como a la Institución, lo cual se hará constar en el certificado y en el registro de asegurados, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de Beneficiario irrevocable.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Institución paga el remanente de la Suma Asegurada al último Beneficiario que tenga conocimiento, ésta quedará liberada de cualquier responsabilidad que dicha falta de aviso pudiera ocasionar.

B. FALTA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El importe del remanente del saldo del seguro, en caso de haberlo, se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales a la de los demás Beneficiarios, salvo que el Asegurado haya establecido otra cosa en la propia designación de beneficiarios.

C. ADVERTENCIA:

“En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

VII. PAGO DE LA PRIMA.

El Contratante se obliga a pagar mensualmente, en el domicilio de la Institución, el importe total de la prima. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

El periodo de pago de cada prima es mensual, y se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine la Institución.

La prima vencerá al inicio de mes. A partir de esa fecha de vencimiento, el Contratante tendrá un **“Periodo de Gracia”** de treinta días naturales para efectuar el pago Correspondiente. Si durante este plazo el Contratante no efectúa el pago, cesarán

automáticamente los efectos del contrato a las doce horas del último día de dicho plazo. Si dentro del Periodo de Gracia referido, ocurre un siniestro, la Institución podrá deducir del importe del seguro, la prima total del grupo correspondiente al periodo vencido.

El Contratante podrá realizar el pago de la prima a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice la Institución.

Cuando los Asegurados contribuyan al pago de las primas del Seguro y exista por cualquier causa un saldo o monto a favor de quienes pagaron las primas, la Institución cumplirá con su obligación de devolver dichos montos, entregándoselos al Contratante, junto con una relación de la cantidad que le corresponde a cada Asegurado. El Contratante se obliga a distribuir a los Asegurados las cantidades que les corresponda en los términos indicados por la Institución.

VIII. CÁLCULO Y AJUSTE DE LA PRIMA.

En cada fecha de vencimiento del Contrato de Seguro, la Institución podrá calcular la prima promedio que se aplicará en la renovación. La prima de renovación será dada a conocer al Contratante por la Institución; ésta se basa en la actividad básica del grupo, la suma asegurada en vigor y la edad alcanzada para cada miembro del Grupo Asegurado y aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

A cada miembro del grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato le aplicará la cuota promedio por meses completos, en tanto que a los que se separen definitivamente del grupo, se le aplicará lo estipulado en el numeral 2 del punto IV. Registro de Asegurados.

IX. VIGENCIA DEL CONTRATO.

El inicio y fin del periodo de cobertura del Contrato de Seguro, surtirá efecto a las 12 horas de los días especificados en la Carátula de la Póliza.

Adicionalmente, este Contrato de Seguro terminará por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Si la totalidad de los miembros del Grupo Asegurado pierden su calidad de Grupo

Asegurable; debiendo la Institución devolver la prima no devengada al momento de la terminación.

- b) Al concluir el Periodo de Gracia para el pago de la prima, sin que la misma haya sido cubierta.
- c) Por solicitud escrita del Contratante a la Institución, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha en ningún caso podrá ser anterior a la fecha en que la Institución reciba el aviso de cancelación. La Institución se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de la cancelación, descontando de ella, los gastos incurridos por la Institución.

Cada uno de los certificados individuales de este seguro, podrá terminar por las siguientes causas:

- a) Al extinguirse la obligación del asegurado por cualquier causa legal,
- b) Por cesión del crédito o la deuda,
- c) Por vencimiento anticipado del crédito,
- d) A la renovación siguiente de la póliza en la que el Asegurado rebase el límite máximo de renovación que para este efecto establezca la Institución.

X. INICIO DE COBERTURA

Todas las personas que forman parte del Grupo Asegurable, se considerarán como asegurados por el monto que a cada uno le corresponda, siempre que el Contratante pague a la Institución la prima correspondiente, y se encuentre en alguno de los siguientes supuestos:

- a) La persona que entregue su consentimiento a la Institución, por conducto del Contratante, en o antes de la fecha en que tenga derecho a ingresar al Grupo Asegurado, quedará asegurada a partir de la fecha en que ingrese al Grupo Asegurable,
- b) La persona que entregue su consentimiento a la Institución, por conducto del Contratante, dentro de los treinta días naturales posteriores a la fecha en que ingrese al Grupo Asegurable, quedará cubierto a partir de la fecha de entrega a la Institución de su Consentimiento.
- c) La persona que entregue su consentimiento a la Institución, por conducto del Contratante después de los treinta días naturales de la fecha en que tuvo derecho a ingresar al Grupo Asegurable,

deberá presentar, sin costo alguno para la Institución, las pruebas de asegurabilidad que razonablemente requiera la Institución. Si el resultado de dichas pruebas es satisfactorio para la Institución, la cobertura del seguro entrará en vigor desde la fecha en que se acepten estas pruebas, mediante la inscripción en el registro respectivo.

XI. INDEMNIZACIÓN.

La Institución pagará la Suma Asegurada contratada hasta por el total del Saldo Insoluto del Crédito al Contratante.

El Asegurado o sus Causahabientes tendrán derecho a exigir que la Institución pague al Contratante el importe del Saldo Insoluto del Crédito amparado por el Seguro incluyendo los beneficios adicionales que correspondan.

Los Beneficiarios designados distintos al Contratante, tendrán acción para cobrar de la Institución el remanente de la Suma Asegurada que les corresponda.

El Beneficiario, Asegurado o sus Causahabientes, deberán proporcionar a la Institución toda la información y documentación que solicite para conocer el fundamento y procedencia de la reclamación.

Treinta días naturales después de que la Institución cuente con toda la documentación e información que requiera, vencerá el plazo por pagar a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

XII. DIVIDENDOS.

En caso de que así se pacte en la Carátula de la Póliza, la Institución otorgará dividendos por siniestralidad favorable, considerando la Experiencia Global de la Institución, para lo cual se entenderá por:

- **Experiencia Global**, cuando la prima del Grupo Asegurable no esté determinada con base en su Experiencia Propia, es decir, se realice con base en la experiencia de la Institución.

Los dividendos por siniestralidad favorable se otorgarán de acuerdo a las siguientes reglas:

- El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente y para pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.
- No podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados.
- En las pólizas multianuales, el pago de dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza.
- En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos.
- Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos, experiencia total de la cartera de la Institución.
- Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse, podrá considerarse 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.

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 monto que corresponda a cada uno de los Asegurados.

El Contratante será responsable de entregar los montos correspondientes a los dividendos de cada uno de los Asegurados que forman parte del Grupo Asegurado, por lo que se obliga a sacar en paz y a salvo a la Institución de cualquier reclamación o demanda que los Asegurados pudieran presentar en contra de la Institución por este concepto.

XIII. RENOVACIÓN.

La Institución podrá renovar el Contrato de Seguro, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos de asegurabilidad y del

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

Este seguro podrá ser renovado, si alguna de las partes no da aviso a la otra de su voluntad de no renovarlo, esto deberá suceder 30 días naturales antes del término de la cobertura.

XIV. REHABILITACIÓN.

Si esta Póliza hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitada previa solicitud del Contratante y aceptación de la Institución, mediante las siguientes condiciones.

- a) Que el Contratante lo solicite por escrito a la Institución dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de cesación de efectos del contrato, remitiendo a la Institución la póliza y;
- b) Que se haya pagado a la Institución la prima o primas vencidas con los recargos correspondientes.

Satisfechas las condiciones anteriores, el seguro que ampara esta póliza entrará en vigor desde la fecha de aceptación de la solicitud de rehabilitación por parte de la Institución, acreditada mediante un endoso a este contrato.

XV. CARENCIA DE RESTRICCIONES CON RESPECTO A RESIDENCIA, VIAJES U OCUPACIÓN.

El presente Contrato no estará sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, viajes, ocupación o actividades habituales del Asegurado, salvo por aquellas restricciones que se encuentren estipuladas en los endosos que contengan los beneficios adicionales contratados.

XVI. DISPUTABILIDAD.

Durante los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio del período de cobertura indicada en la carátula de la presente póliza o de su última rehabilitación, la Institución podrá rescindir el contrato si el Asegurado o el

Contratante incurrieron en omisiones o inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado por esta póliza, al contestar los cuestionarios proporcionados por la Institución para la emisión de la misma y para su rehabilitación, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Cuando posteriormente a la fecha en que haya dado inicio la efectividad de este contrato o en que se haya rehabilitado, el Asegurado presentara cualquier declaración que requiera la Institución para la apreciación del riesgo, con motivo de la inclusión de alguna cobertura o cláusula adicional a este contrato, o para aumentar la suma asegurada; tales pactos de incremento del riesgo serán disputables por causa de omisiones o inexactas declaraciones, durante los dos primeros años contados a partir de su celebración o inclusión en este contrato. Después de transcurrido ese período, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

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

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

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

XVII SUICIDIO.

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro del primer año contado a partir de la fecha en que haya iniciado la vigencia de este Contrato de Seguro o de su última rehabilitación, la Institución reembolsará únicamente la reserva matemática, quedando liberada de toda obligación respecto de ese Certificado Individual.

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

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro del segundo año contado a partir de la contratación de un incremento adicional a la Suma Asegurada o de la inclusión de alguna cláusula adicional, la Institución pagará a los Beneficiarios únicamente la parte de la prima no devengada correspondiente a la fecha en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, quedando liberada de la obligación de pagar dicho incremento y los beneficios derivados de las cláusulas citadas.

XVIII. EDAD.

La Institución podrá solicitar en cualquier momento que se compruebe legalmente la edad declarada por el Asegurado. Una vez presentada dicha comprobación, la Institución la hará constar en esta póliza y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas.

Cuando de tal comprobación resulte que hubo inexactitud en la edad del Asegurado o de sus Dependientes, y que la edad real al tiempo de la celebración del Contrato estaba fuera de los límites de admisión establecidos por la Institución, ésta podrá rescindir del presente Contrato al Asegurado cuya edad declarada fue incorrecta, y devolver al Contratante el 50% de las primas pagadas correspondientes al mencionado Asegurado.

Si la edad del Asegurado o de sus Dependientes, estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Institución, se ajustarán las Primas, la Reserva Matemática y/o la Suma Asegurada en los términos del Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

XIX. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

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

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

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

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

XX. MONEDA.

Todos los pagos que el Contratante o la Institución deban realizar conforme a esta póliza se liquidarán en moneda nacional, en términos de la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

XXI. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de que la Institución no obstante haber recibido los documentos o información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación

de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al Asegurado o beneficiario una indemnización por mora en los términos previstos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación. El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la Institución aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

XXII. DOMICILIOS, AVISOS Y NOTIFICACIONES.

La Institución enviará al Contratante o al Asegurado toda comunicación que deba efectuar en cumplimiento de este contrato o de la ley, al último domicilio que los mismos le hubieran dado a conocer por escrito. Cualquier comunicación que el Contratante o el Asegurado quieran hacer a la Institución relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberán efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio de dicha Institución en la carátula de esta póliza, o en el que la misma les avise posteriormente por escrito.

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

XXIII. COMISIONES.

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

XXIV. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá alegar lo que a su derecho corresponda ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la propia Institución aseguradora o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

(CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

XXV. OBLIGACIONES ADICIONALES DEL CONTRATANTE.

A. ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

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

En términos de lo señalado en las Disposiciones citadas, los expedientes a que se refiere el presente inciso deberán conservarse por un plazo mínimo de diez años, contados a partir de la fecha en que el

Asegurado correspondiente hubiere causado baja de la Póliza por cualquier motivo.

Únicamente cuando el Asegurado participe en el pago de la prima y ésta sea igual o mayor a dos mil quinientos dólares de los Estados Unidos de América o su equivalente en otras monedas de curso legal, se deberán recabar los siguientes datos y documentos de identificación:

- Datos: nombre(s), apellido paterno y apellido materno; fecha de nacimiento; país de nacimiento; nacionalidad; ocupación o profesión; actividad o giro del negocio al que se dedique el Asegurado; domicilio particular; teléfono; dirección de correo electrónico, cuando cuenten con ésta; Clave Única de Registro de Población (CURP) y Registro Federal de Contribuyentes (RFC), cuando cuenten con ellos; y número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), cuando cuente con ésta, así como nombre, domicilio y fecha de nacimiento de sus Beneficiarios;

- Documentos: identificación oficial personal; comprobante de domicilio; Constancia de la Clave Única de Registro de Población o Cédula Fiscal, cuando cuente con ellas y comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), cuando cuente con ella.

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

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificación alguna, en lo que respecta a este endoso.

B. PÓLIZAS AUTO ADMINISTRADAS.

En aquellos casos en donde la Institución y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el convenio respectivo que la Institución tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el Reglamento citado.

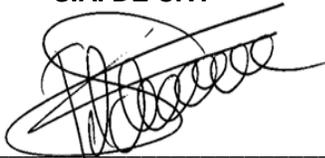
XXVI. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

En cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el artículo 25 del mismo ordenamiento, que textualmente señala: "Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones". Este derecho se hace extensivo al Contratante.

XXVII. MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES

Ponemos a tu disposición la transcripción de los preceptos legales citados en el presente documento, las cuales podrás consultar de manera electrónica en

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



FUNCIONARIO AUTORIZADO

la página web de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. www.mnyl.com.mx

XXVIII. DATOS DE LOCALIZACION DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA

Centro de Atención y Servicios a Asegurados (CASA) de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Paseo de la Reforma 342 Piso 20, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, Lada sin costo 01 800 505 4000. Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 horas clientes@mnyl.com.mx

XXIX. 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, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, Teléfonos (55) 5340 0999 y (01 800) 999 8080 www.condusef.gob.mx

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 Noviembre del 2010 con el número CNSF-S0038-0899-2010/CONDUSEF-000681-01 y a partir del del 27 de mayo del 2016 con la clave RES-S0030-00131-2016.