

IMAGINA SER CONDICIONES GENERALES

Póliza No.:
Expedido a Nombre de:

	Contenido
OBJETO DEL SEGURO	3
PLAN DE SEGURO	3
PERIODO DE COBERTURA	3
DEFINICIONES	3
CONTRATANTE	3
ASEGURADO	3
BENEFICIARIOS	3
BENEFICIARIO IRREVOCABLE	4
FALTA DE DESIGNACIÓN	4
CO-BENEFICIARIO	4
PRIMAS	4
PRIMA BÁSICA	4
PRIMA PLANEADA	4
PRIMA ADICIONAL	4
FONDO DE RESERVA	5
COBERTURA PARA EL RETIRO	5
EDAD DE RETIRO	6
OPCIONES DE LIQUIDACIÓN	6
EN UNA SOLA EXHIBICIÓN	6
EN RENTAS MENSUALES	6
RENTAS MENSUALES CON PERIODO DE GARANTÍA	6
RENTAS MENSUALES SIN PERIODO DE GARANTÍA	6
RENTAS MENSUALES COMPARTIDAS	6
AGUINALDO	6
PAGO ACELERADO	7
COBERTURA POR FALLECIMIENTO	7
ANTICIPO SOBRE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO	7
COSTO DEL SEGURO	8

SUMA ASEGURADA	8
AJUSTE AUTOMÁTICO DE SUMA ASEGURADA	8
DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA	9
MONTO NETO EN RIESGO	9
VALOR EN EFECTIVO	9
RETIROS PARCIALES	10
CLÁUSULAS GENERALES	10
REHABILITACIÓN.....	10
DISPUTABILIDAD	10
SUICIDIO.....	11
ESTADO DE CUENTA.....	11
MONEDA.....	12
LUGAR Y MEDIOS PARA EL PAGO DE PRIMA.....	12
MODIFICACIONES AL CONTRATO	12
RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	13
COMUNICACIONES, MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	13
CARENCIA DE RESTRICCIONES	13
COMPETENCIA	13
EDAD DE EMISIÓN	13
EIDADES DE ACEPTACIÓN	14
VENCIMIENTO.....	14
PRESCRIPCIÓN	14
COMISIONES.....	14
INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	15
AGRAVACIÓN DEL RIESGO	15
IMPUESTOS	16
TERMINACIÓN ANTICIPADA.....	17
PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO E INDEMNIZACIÓN.....	17
MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES	18
USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	18
OFICINAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN	19
DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES	19
DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF	19

IMAGINA SER CONDICIONES GENERALES

Póliza No.:

Expedido a Nombre de:

OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. denominada en adelante "la Institución", pagará al Asegurado el beneficio correspondiente a la Cobertura para el Retiro, en caso de que éste llegue con vida a la Fecha de Vencimiento estipulada en la Carátula de la presente Póliza, de acuerdo con la Opción de Liquidación elegida hasta antes del vencimiento, conforme a los términos y condiciones que aquí se establecen.

En caso de fallecimiento del Asegurado antes de la Fecha de Vencimiento establecida en la Carátula de la Póliza la Institución pagará al Beneficiario designado por el Asegurado para la Cobertura por Fallecimiento, la Suma Asegurada que se estipula como beneficio de dicha Cobertura en la Carátula de la Póliza de la manera y en los términos y condiciones que más adelante se establecen, una vez que reciba las pruebas del hecho y de la causa del fallecimiento del Asegurado.

PLAN DE SEGURO

El Plan de Seguro al que se sujetan estas Condiciones Generales está constituido por: la Solicitud de la Póliza; la Carátula de la Póliza; la Tabla de Costos de Seguro, la Tabla de Valor en Efectivo, las Cláusulas Adicionales y las demás características y modalidades a que se sujetará el Seguro contratado.

PERIODO DE COBERTURA

El inicio y fin del periodo de Cobertura del Plan de Seguro surtirán efecto a las doce horas de los días especificados en la Carátula de la Póliza.

Si el Saldo del Fondo de Reserva de la Póliza constituido no es suficiente para cubrir el importe mensual del Costo del Seguro, el Contratante tendrá un plazo de treinta días naturales para efectuar el pago de la diferencia de la cantidad suficiente para cubrir dicho importe. Si durante este plazo el Contratante no efectúa el pago, los efectos del presente contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho plazo sin responsabilidad para la Institución.

DEFINICIONES

CONTRATANTE

Para los efectos de este Seguro, se entiende por "Contratante" la persona física o moral, que, con el consentimiento del Asegurado, ha solicitado la expedición de esta Póliza y que se obliga con la Institución al pago de la Prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la misma se estipulan.

ASEGURADO

Se denomina "Asegurado", la persona física designada en la Carátula de esta Póliza, sobre cuya vida se celebra este contrato.

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

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

BENEFICIARIOS

El Asegurado tendrá derecho de designar en cualquier tiempo Beneficiarios para la Cobertura por Fallecimiento contratada, siempre que no exista restricción legal para

hacerlo. Para que la designación surta efecto, deberá comunicarlo por escrito a la Institución, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna a los últimos Beneficiarios de la Cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

a) BENEFICIARIO IRREVOCABLE

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

b) FALTA DE DESIGNACIÓN

El importe del Seguro 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. Al fallecimiento de alguno de los Beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, la parte correspondiente se distribuirá en porciones iguales entre los demás Beneficiarios designados, salvo pacto en contrario o que el Asegurado hubiere renunciado a su derecho de revocar la designación de Beneficiarios.

c) CO-BENEFICIARIO

Al elegir la Opción de Liquidación de Rentas mensuales compartidas, únicamente se podrá asignar a una sola persona para gozar del pago de rentas al fallecimiento del Asegurado, Co-Beneficiario. El periodo para designar al Co-Beneficiario será desde la fecha de emisión hasta antes de la Fecha de Vencimiento establecida en la Carátula de la Póliza. Una vez llegada la Fecha de Vencimiento, no se podrá designar un nuevo Co-Beneficiario.

PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar anualmente el monto de la Prima pactada en la Carátula

de la Póliza en el domicilio de la Institución o a través de los medios establecidos en la cláusula Lugar y Medios para el Pago de Prima de las presentes Condiciones Generales.

Las Primas Anuales o sus fracciones en caso de pago en parcialidades, según se hubiere pactado, serán pagadas durante todo el plazo de pago de Primas indicado en la Carátula de la Póliza, según el Plan básico contratado.

En caso de que el conducto de pago de la Prima elegido expresamente por el Contratante sea cargo automático a una tarjeta de crédito o débito de una Institución Bancaria, el estado de cuenta en el que aparezca el cargo correspondiente hará prueba suficiente de dicho pago.

PRIMA BÁSICA

Será la Prima Anual que el Contratante debe pagar durante el periodo establecido en la Carátula de la Póliza, para la constitución del Fondo de Reserva de la Póliza y cumplir con los objetivos de ahorro para el retiro del Asegurado y a su vez para renovar mensualmente de forma automática la Cobertura Básica y Cláusulas Adicionales contratadas, misma que se estipula en la Carátula de la Póliza.

PRIMA PLANEADA

Será la Prima Planeada Anual que, en su caso, el Contratante designe en la solicitud de Seguro en adición a la Prima Básica, por el monto que él decida. Dicha Prima, de igual manera que la Prima Básica, contribuirá a la constitución del Fondo de Reserva de la Póliza. Si el Contratante omite tal designación, la Prima Planeada se supondrá nula.

PRIMA ADICIONAL

Será cualquier Prima extraordinaria que, en su caso, el Contratante decida ingresar a la Póliza por el monto y en el momento que él disponga, en adición a la Prima Básica y a la Prima Planeada, que contribuirá a la

constitución del Fondo de Reserva de la Póliza.

Tanto a la Prima Adicional como a la Prima Planeada le será descontado el equivalente al 1% del monto ingresado por concepto de gasto de adquisición.

En caso de que la Prima Adicional o la Prima Planeada que se esté ingresando active la cláusula de Ajuste Automático de Suma Asegurada, y la condición de salud u ocupación del Asegurado hubiere cambiado desde la última vez que presentó exámenes médicos a la Institución, el Asegurado deberá notificar dicha circunstancia por escrito a la Institución, en un plazo máximo de 30 (treinta) días, contados a partir de la fecha de ingreso de la Prima Adicional o Prima Planeada. Al respecto, la Institución se reserva el derecho de aceptar el monto, con base a las políticas de suscripción vigentes. En caso de no aceptarla, la Institución devolverá al Asegurado el importe de la Prima Adicional o de la Prima Planeada más intereses, calculados con base a la mitad de la tasa mínima garantizada mencionada en la cláusula "Fondo de Reserva" dentro de los 30 (treinta) días hábiles posteriores al depósito.

FONDO DE RESERVA

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

- a) Las Primas y aportaciones que la Institución reciba del Contratante;
- b) Más los rendimientos que en su caso sean generados
- c) Menos las deducciones que se generen en términos de lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales y en su caso las Condiciones Particulares que formen parte de la Póliza.

Los ingresos derivados de las Primas y aportaciones, así como los egresos derivados de las deducciones, se realizarán a través de este Fondo de Reserva.

El Fondo Reserva será invertido por la Institución en instrumentos de inversión autorizados por la Comisión Nacional de

Seguros y Fianzas para dichos efectos, el rendimiento fluctuará de acuerdo con las condiciones del mercado financiero y los valores en los que se encuentre invertido.

Los rendimientos mencionados en el inciso b) de la presente cláusula se acreditarán mensualmente en el día del mes que coincida con el día de la emisión de la Póliza (mesversario) y se calcularán sobre el Saldo del Fondo de Reserva que tenga la Póliza en ese mismo momento proporcionalmente al tiempo que el dinero permaneció en el Fondo de Reserva.

Estos rendimientos tendrán una tasa mínima anual garantizada de 2% en caso de que la Póliza se encuentre denominada en dólares y 1% en caso de que la Póliza se encuentre denominada en Unidades de Inversión (UDI). Los excedentes obtenidos por la Institución como producto de la inversión de este Fondo de Reserva serán acreditados a este mismo a favor del Contratante.

COBERTURA PARA EL RETIRO

En caso de que el Asegurado llegue con vida a la Fecha de Vencimiento, la Institución pagará conforme a la Opción de Liquidación elegida hasta antes del vencimiento, en caso de tratarse de renta mensual se considerará lo siguiente:

Al Saldo del Fondo de Reserva que tenga la Póliza a la Fecha de Vencimiento, se le aplicará el factor de rentas que la Institución tenga registrado para esos efectos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, vigente en la Fecha de Vencimiento de acuerdo con la Opción de Liquidación elegida la cual se estipula en la Carátula de la Póliza.

El monto de la renta mensual se calculará conforme al procedimiento registrado para esos efectos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas vigente a la Fecha de Vencimiento.

EDAD DE RETIRO

La "Edad de Retiro" será la estipulada en la Carátula de la Póliza como Fecha de Vencimiento.

OPCIONES DE LIQUIDACIÓN

El Asegurado recibirá a partir de la Fecha de Vencimiento, el Saldo del Fondo de Reserva de acuerdo con la Opción de Liquidación que elija la cual se encuentra establecida en la Carátula de la Póliza. Las opciones disponibles se rigen bajo las siguientes particularidades:

1. EN UNA SOLA EXHIBICIÓN

El Asegurado podrá elegir el pago de la Cobertura para el Retiro en una sola exhibición solicitándolo por escrito o por los medios electrónicos y/o digitales autorizados por la Institución para dichos efectos hasta antes de la Fecha de Vencimiento establecida en la Carátula de la Póliza. Bajo esta opción la Institución le pagará al Asegurado el Saldo del Fondo de Reserva, cesando posteriormente los efectos del presente contrato.

2. EN RENTAS MENSUALES

En caso de que el Asegurado decida elegir el pago de la Cobertura para el Retiro en rentas mensuales, la Institución le pagará al Asegurado las rentas mensuales mientras se encuentre con vida, según la opción elegida por el Contratante dentro de las siguientes:

a) Rentas mensuales con periodo de garantía

El periodo de garantía es el plazo mínimo durante el cual la Institución se obliga a pagar la renta mensual al Asegurado o a sus Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado. Este plazo se contará a partir de la Fecha de Vencimiento.

Si el Asegurado sobrevive al periodo de garantía, las rentas seguirán siendo pagadas mientras éste se encuentre con vida.

Si el Asegurado fallece durante el periodo de garantía, sus Beneficiarios podrán escoger entre recibir en un solo pago el valor presente de las rentas que falten para cubrir el periodo de garantía, calculado de acuerdo con lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o seguir recibiendo las rentas hasta llegar al final de dicho periodo; si en este lapso fallece alguno de los Beneficiarios, las rentas de éste(os) serán distribuidas entre los demás Beneficiarios en forma proporcional. Todos los Beneficiarios deben tener la misma forma de liquidación de las rentas.

b) Rentas mensuales sin periodo de garantía

Las rentas serán entregadas al Asegurado mientras éste se encuentre con vida. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, cesarán las obligaciones de la Institución.

c) Rentas mensuales compartidas

Las rentas serán entregadas al Asegurado mientras se encuentre con vida, si éste fallece, las rentas se le continuarán pagando al Co-Beneficiario designado. La obligación de la Institución termina al fallecer el Co-Beneficiario.

Durante el periodo de pago de rentas mensuales, será necesario que al menos una vez al año el Asegurado, Beneficiario(s) o Co-Beneficiario comprueben que continúan con vida.

La Opción de Liquidación podrá ser modificada notificando por escrito a la Institución, hasta antes de llegar a la Fecha de Vencimiento de la Póliza.

La Institución tomará la última Opción de Liquidación de la que tenga conocimiento para realizar el pago de la Cobertura para el Retiro.

Aguinaldo

Durante los primeros cinco años contados a partir de la Fecha de Vencimiento, el



Asegurado recibirá, en caso de que se encuentre con vida, el pago equivalente a una renta adicional en el mes de diciembre. El Asegurado podrá solicitar por escrito el anticipo de este Aguinaldo, siempre que ocurra y se compruebe fehacientemente alguno y sólo uno de los siguientes eventos por año:

- Aniversario de bodas número 25 ó 50
- Graduación o boda de un hijo(a)
- Nacimiento de un nieto(a)
- Cambio de residencia

Pago Acelerado

Durante el periodo de pago de rentas, la persona que esté recibiendo las rentas, ya sea el Asegurado, Beneficiario(s) o Co-Beneficiario, podrá solicitar por escrito a la Institución el pago de las rentas, conforme a las siguientes opciones:

- Anticipar cinco rentas mensuales.** Una vez realizado el pago de este anticipo, la Institución no realizará el pago de las cinco rentas subsecuentes, reanudando el pago de las rentas en la sexta renta mensual después de haber recibido este anticipo. Dicho anticipo puede ser solicitado únicamente dos veces durante toda la vigencia del pago de rentas.
- Anticipar el 30% de las rentas,** para lo cual la Institución tomará la reserva matemática de las rentas. Esta reserva matemática será la registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para estos efectos en la Nota Técnica correspondiente a estas Opciones de Liquidación.

El anticipo a que refiere este numeral puede ser solicitado únicamente junto con el pago de la primera renta mensual de los aniversarios quinto, décimo o décimo quinto de antigüedad del periodo de pago de rentas. Podrá ser solicitado solamente una vez durante toda la vigencia del pago de rentas.

El monto de las rentas mensuales posteriores a la solicitud y recepción de este anticipo,

serán disminuidas para quedar en el 70% del monto de la renta definido en la Fecha de Vencimiento.

COBERTURA POR FALLECIMIENTO

La Cobertura por Fallecimiento del Asegurado estará conformada por la Suma Asegurada de la Cobertura Básica que se indica en la Carátula de la Póliza (y que se identifica como Suma Asegurada Inicial) ajustada al momento del fallecimiento de acuerdo con la Cláusula de Ajuste Automático de Suma Asegurada descrita en el presente contrato. Esta Suma Asegurada Ajustada es igual al monto neto en riesgo, sobre el cual se cobra el costo por mortalidad, más el Saldo del Fondo de Reserva.

La Institución pagará en una sola exhibición la presente Cobertura, después de que se le acredite el fallecimiento del Asegurado, salvo que a petición del Asegurado se hubiera convenido mediante cláusulas adicionales, una forma de pago diferente.

La vigencia de esta Cobertura será de un mes renovable automáticamente con la deducción mensual del Costo del Seguro descrito en la presente Póliza.

La Institución tendrá derecho a deducir de la Cobertura por Fallecimiento:

- Cualquier adeudo que tuviera el Contratante a favor de la Institución por causa de este contrato, incluyendo la parte no devengada de la Prima Básica correspondiente al aniversario en que ocurrió el fallecimiento del Asegurado.
- Cualquier anticipo sobre la indemnización que corresponda otorgado por la Institución a los Beneficiarios designados sobre la Cobertura por Fallecimiento.

ANTICIPO SOBRE LA COBERTURA POR FALLECIMIENTO

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando hayan transcurrido dos

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

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

COSTO DEL SEGURO

La Institución deducirá mensualmente del Fondo de Reserva de la Póliza, el importe correspondiente a un mes de las Coberturas de Fallecimiento, por concepto de Costo del Seguro. Este se obtendrá sumando los siguientes tres conceptos:

- a. El costo por mortalidad, que a su vez se obtendrá multiplicando el Monto Neto en Riesgo al momento de la deducción de este costo, dividido entre mil, por el factor correspondiente a cada aniversario de la Póliza, el cual se incrementa de acuerdo con la edad alcanzada por el Asegurado, tal como se estipulan en la Tabla de Costos del Seguro que forma parte del presente contrato.
- b. El costo correspondiente a las Cláusulas Adicionales contratadas, que a su vez se obtiene sumando el producto de las multiplicaciones de la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza de cada cláusula adicional por el factor propio del beneficio, correspondiente a cada aniversario de la Póliza y a la edad del Asegurado al momento de la emisión de la Póliza, tal como se estipulan en la Tabla de Costos del Seguro que forma parte del presente contrato.

En caso de haber contratado los beneficios adicionales de Exención de Pago de las Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT) y Exención de las Primas por Invalidez Total y Permanente o Muerte del Contratante (BITC) este costo se obtiene multiplicando la Prima Básica por el factor propio del beneficio correspondiente a la edad de emisión del Asegurado, de acuerdo a los factores registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mismos que se encuentran en la Tabla de Costos del Seguro que forma parte del presente contrato.

c. Los gastos administrativos, se obtienen sumando el monto fijo que se encuentra en la Tabla de Costos del Seguro que forma parte del presente contrato, más el producto de las siguientes multiplicaciones:

- o La Suma Asegurada de la Cobertura Básica en vigor dividida entre mil, por el factor correspondiente al gasto al millar
- o El Saldo del Fondo de Reserva al momento de la deducción por el factor correspondiente al gasto en porcentaje del Saldo del Fondo de Reserva
- o La Prima Básica por el factor correspondiente al gasto en porcentaje de la Prima Básica

Los factores y cantidades utilizadas para este cálculo serán los registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y se encuentran en la Tabla de Costos del Seguro que forma parte del presente contrato.

SUMA ASEGURADA

AJUSTE AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada de la Cobertura Básica contratada se mantendrá constante mientras

el Saldo del Fondo de Reserva de la Póliza no exceda del 95% de esta, en caso contrario la Suma Asegurada se incrementará de tal manera que siempre sea mayor que el Saldo del Fondo de Reserva en un 5%. En caso de que el ajuste provenga de una Prima adicional del Contratante, la Institución aplicará el incremento en la Suma Asegurada para que se cumpla con la proporción descrita, pero se reserva el derecho de rechazar dicha Prima que cause el incremento, en términos de lo dispuesto en el apartado de Primas Adicionales de la cláusula de "Primas"; para lo cual el Asegurado estará obligado a declarar a la Institución cualquier cambio presentado en su estado de salud u ocupación. Derivado de esta declaración, la Institución se Reserva el derecho de solicitar exámenes médicos para efectos de evaluar adecuadamente el riesgo y determinar si se aceptan o no dichas Primas Adicionales.

En caso de que nuevamente el Saldo en Fondo de Reserva llegue a ser menos del 95% de la Suma Asegurada por Fallecimiento inicialmente contratada, el Saldo de la Suma Asegurada por Fallecimiento Ajustada será igual a la Suma Asegurada por Fallecimiento inicialmente contratada.

En caso de que la Suma Asegurada se incremente por esta cláusula, el incremento quedará sujeto a lo descrito en las cláusulas de "Disputabilidad" y "Suicidio".

DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA

En caso de que el Contratante solicite por escrito a la Institución la disminución de la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura Básica contratada por fallecimiento y, en su caso, de las Cláusulas Adicionales contratadas, la Institución aplicará al Fondo de Reserva de la Póliza un cargo por dicha disminución, el cual se calculará conforme al procedimiento siguiente:

En primer término, la prima anual vigente a la fecha de disminución de la Suma Asegurada se multiplicará por el porcentaje de Cargo por Cancelación que corresponda al año póliza en curso, conforme a la Tabla de Valor en Efectivo que forma parte de la Póliza.

En segundo lugar, la prima anual correspondiente a la Suma Asegurada disminuida se multiplicará por el mismo porcentaje de la referida Tabla de Valor en Efectivo.

La diferencia entre ambos resultados constituirá el monto del cargo que se aplicará al Fondo de Reserva de la Póliza.

Lo anterior conforme a lo registrado por la Institución ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Las disminuciones de Suma Asegurada sólo podrán hacerse en cualquiera de los aniversarios de la Póliza.

MONTO NETO EN RIESGO

Se entiende como Monto Neto en Riesgo la diferencia entre la Suma Asegurada Ajustada y el Saldo del Fondo de Reserva de acuerdo con lo indicado en la cláusula de Ajuste Automático de Suma Asegurada. Este nunca podrá ser menor al 5% del Saldo del Fondo de Reserva.

VALOR EN EFECTIVO

Cuando el Contratante no desee continuar con esta Póliza, podrá solicitar su cancelación por escrito, teniendo derecho a recibir una cantidad de dinero denominada Valor en Efectivo. Dicho importe será el Saldo del Fondo de Reserva de la Póliza constituido al momento de la cancelación, menos un cargo de cancelación, que se calcula de la siguiente manera:

La Prima Anual de la Cobertura Básica más la Prima Anual de las Cláusulas Adicionales vigentes, multiplicado por el porcentaje mostrado en la Tabla de Valor en Efectivo

como % sobre Prima, de acuerdo con año Póliza.

RETIROS PARCIALES

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá hacer retiros parciales del Valor en Efectivo, previa solicitud por escrito a la Institución.

El retiro parcial podrá ser por cualquier monto que no exceda el Valor en Efectivo con que cuente el Contratante a la fecha de la solicitud correspondiente. El monto del retiro parcial será deducido directamente del Fondo de Reserva conforme a lo solicitado por el Contratante.

La Institución realizará un cargo por concepto de administración al Fondo de Reserva de la Póliza por cada retiro parcial, que será deducido del Saldo del Fondo de Reserva. Este cargo por retiro parcial será el que la Institución registre ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para tal efecto.

CLÁUSULAS GENERALES

REHABILITACIÓN

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

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

rehabilitación, de acuerdo con las políticas vigentes de la Institución.

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

DISPUTABILIDAD

Durante los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio del periodo de Cobertura indicada en la Carátula de la presente Póliza o de su última rehabilitación, la Institución podrá rescindir el contrato si el Asegurado o el Contratante incurrieron en omisiones o inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado por esta Póliza, al contestar los cuestionarios proporcionados por la Institución para la emisión de la misma o 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 inclusión en este contrato. Después de transcurrido ese periodo, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la Póliza.

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

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

SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de emisión de este contrato o de su última rehabilitación, la Institución pagará a los Beneficiarios únicamente la reserva matemática correspondiente a la fecha en que ocurra el fallecimiento del

Asegurado, quedando liberada de cualquier otra obligación derivada de este contrato.

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

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la contratación de un incremento a la Suma Asegurada o de la inclusión de alguna Cobertura Adicional, ya sea a petición del Contratante o por causa de un Ajuste Automático, la Institución pagará por ese incremento o inclusión a los Beneficiarios únicamente la Reserva matemática correspondiente a este incremento o inclusión existente a la fecha en que ocurra el fallecimiento del Asegurado, quedando liberada de cualquier otra obligación derivada de este contrato.

ESTADO DE CUENTA

La Institución emitirá Estados de Cuenta por periodos que no excedan de tres meses correspondiente a las operaciones y los movimientos registrados en dicho periodo, desde que se generó el último Estado de Cuenta, hasta la fecha de corte, indicando asimismo el Saldo acumulado del Fondo de Reserva. Cuando menos semestralmente la Institución enviará al último domicilio señalado

por el Contratante un Estado de Cuenta en papel impreso o en caso de que hubiere sido contratado el uso de Medios Electrónicos, el Estado de Cuenta deberá ser consultado a través de estos.

La Institución también estará obligada a proporcionar este Estado de Cuenta al Contratante en el momento en el que él lo solicite por escrito a la Institución, en términos de la cláusula “Comunicaciones, Modificaciones y Notificaciones” de esta Póliza.

MONEDA

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

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

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

LUGAR Y MEDIOS PARA EL PAGO DE PRIMA

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

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

2. Pago vía telefónica con cargo a tarjeta de crédito, débito y cuenta CLABE.
3. Pago en bancos y establecimientos de convenio.
4. Pago en línea (internet).

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

El recibo de pago de nómina o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de que el contratante y/o asegurado tiene derecho a la atención respectiva y, en su caso, a la cobertura, siempre y cuando la indemnización sea procedente de conformidad con los términos y condiciones pactados en las condiciones generales, incluso si la Institución o a quien esta designe no haya entregado el recibo expedido por esta o recibido del retenedor los fondos correspondientes.

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

Estos medios de pago pueden sufrir cambios y modificaciones.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

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

RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

COMUNICACIONES, MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

La Institución enviará al Contratante toda comunicación y/o requerimiento que deba efectuar en cumplimiento de este Contrato o de la ley, al último domicilio o correo electrónico declarado a la Institución en la solicitud correspondiente, o bien a través de los medios electrónicos que esta última ponga a su disposición. Las notificaciones así realizadas se considerarán válidas y harán prueba plena.

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 a través de los medios electrónicos que la Institución ponga a su disposición, o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente la Institución.

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

CARENCIA DE RESTRICCIONES

La celebración del presente contrato no estará sujeta a restricción alguna por causa de la residencia, viaje o actividades lícitas, sean habituales o no, del Asegurado. Lo anterior sin

perjuicio de lo estipulado en la cláusula “Disputabilidad” del presente contrato.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá alegar lo que a su derecho corresponda ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (Servicio y Experiencia al Asegurado [SEA]) de la propia Institución o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos o cinco años, según corresponda, contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del usuario.

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

EDAD DE EMISIÓN

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

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse cuando así lo juzgue conveniente la Institución. Una vez efectuada tal comprobación, la Institución hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad. Si se diera el caso de

omisiones o inexactitudes referentes a la edad del Asegurado, se procederá conforme a lo siguiente:

Cuando en vida del Asegurado, de esa comprobación resulte:

- a) Que la edad verdadera del Asegurado, al expedirse esta Póliza, era mayor que la declarada pero dentro de los límites de admisión autorizados por la Institución, el importe del Seguro se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la que, conforme a la tarifa, corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del contrato.
- b) Que la edad verdadera del Asegurado al expedirse esta Póliza sea menor que la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Institución tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido para la edad real del Asegurado, en el momento de celebrarse el contrato. Las Primas, deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de edad de aceptación para la versión 60 años son desde los 18 años hasta los 50 años. La edad máxima de renovación será de 59 años.

Por su parte, los límites de edad de aceptación para la versión 65 años son desde los 18 años hasta los 55 años, con edad máxima de renovación de 64 años.

Finalmente, los límites de edad de aceptación para la versión 70 años son desde los 18 años hasta los 60 años, y la edad máxima de renovación será de 69 años.

VENCIMIENTO

El contrato vencerá en el aniversario de la Póliza posterior a que el Asegurado cumpla la Edad de Retiro (la cual podrá ser 60, 65 o 70 años) y se encuentra establecida en la Carátula de la Póliza como Fecha de Vencimiento.

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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones [Servicio y Experiencia al Asegurado (SEA)] de la Institución.

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

10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Institución no obstante haber recibido los documentos o información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora en los términos previstos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación. El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la Institución haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de la Institución cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 y 53 fracción I, de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo

sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

II.- Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.” (Artículo 60 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera

proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Institución tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

IMPUESTOS

La Institución retendrá, en su caso del Fondo de Reserva de la Póliza, el Impuesto Sobre la Renta que indique la Ley vigente, al momento de realizar algún egreso, por instrucciones del

Contratante o con base en los términos de las presentes Condiciones Generales.

La Institución cobrará el Impuesto al Valor Agregado por los cargos administrativos originados en el Fondo de Reserva de la Póliza, esto con base en la Ley vigente al momento de realizar el cargo.

TERMINACIÓN ANTICIPADA

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

Procedimiento aplicable en caso de terminación anticipada del Contrato:

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

La Institución, una vez constatada la autenticidad y veracidad de la identidad del Contratante, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio a dicha solicitud y realizará la devolución de los valores, en su caso, dentro de los treinta días hábiles posteriores. En todo caso, la Institución no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del Contrato sin que exista una causa justificada.

Tratándose de omisiones o inexactas declaraciones del Contratante y/o Asegurado, la Institución comunicará en forma auténtica al Contratante, Asegurado o a sus Beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración. Cuando la Institución rescinda el Contrato por causa de agravación del riesgo, la terminación surtirá efectos a los 15 (quince) días de haber sido recibida la notificación por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios.

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

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO E INDEMNIZACIÓN

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

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

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

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

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

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

- Original de la Póliza, solo si la tuviera
- Último recibo de pago de la Póliza, solo si lo tuviera
- Acta de nacimiento del Asegurado
- Acta de defunción del Asegurado
- Certificado de defunción del Asegurado
- Carpeta de Investigación de la Fiscalía correspondiente (en caso de muerte accidental del Asegurado)
- Identificación oficial vigente del Asegurado, solo si la tuviera
- Comprobante de domicilio del Asegurado, solo si lo tuviera
- Acta de nacimiento del Beneficiario
- Identificación oficial vigente del Beneficiario
- Comprobante de domicilio del Beneficiario

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

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

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

tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro (artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

El crédito que resulte del Contrato de Seguro vencerá 30 (treinta) días después de la fecha en que la Institución haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

MEDIO PARA LA CONSULTA DE PRECEPTOS LEGALES

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

USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

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

Los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos pueden consultarse en la página electrónica de la Institución situada en <https://www.mnyl.com.mx/terminos-y-condiciones.aspx>

En caso de que el Contratante y/o Asegurado decidan hacer uso de los Medios Electrónicos que la Institución Aseguradora tenga

disponibles, deberá leer y aceptar los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos correspondientes, pudiendo celebrar entre otras las siguientes operaciones:

1. Autenticación del Usuario y desbloqueo de Factores de Autenticación;
2. Reactivación o desactivación temporal de Operaciones Electrónicas;
3. Contratación y/o cancelación de seguros;
4. Solicitud, aceptación o emisión de endosos;
5. Alta y modificación del medio de notificación;
6. Modificación de contraseñas o NIP (Números de Identificación Personal);
7. Consulta o envío vía correo electrónico de Pólizas o endosos;
8. Designación y/o modificación de beneficiarios;
9. Pago de primas y domiciliación de pago de primas.

El Contratante y/o Asegurado deberán identificarse mediante el uso del Factor de Autenticación correspondiente. Dependiendo el tipo de operación y/o servicio que lleve a cabo, el Contratante y/o Asegurado podrá requerir de algún otro Factor de Autenticación; dichos Factores son personales e intransferibles, por lo que el Contratante y/o Asegurado se obligan a mantener en todo momento sus cuentas, contraseñas personales, claves de acceso y números confidenciales en un lugar seguro.

Las notificaciones y/o confirmaciones que se generen como consecuencia de las operaciones electrónicas que efectúe el Contratante y/o Asegurado serán enviadas al

correo electrónico registrado por el Contratante y/o Asegurado, o bien mediante mensajes SMS al número telefónico proporcionado por estos o por cualquier otro medio acordado entre las partes.

OFICINAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN

Para conocer el domicilio de la oficina de la Institución más cercana a su ubicación, los horarios de atención y el tipo de operaciones que podrá realizar en cada una de ellas consulte a su Agente de Seguros, la página web www.mnyl.com.mx o bien llame al 800 505 4000.

DATOS DE LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS

La Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones [Servicio y Experiencia al Asegurado (SEA)] de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. se ubica en Paseo de la Reforma 342 Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, lada sin costo 800 505 4000. Horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas clientes@mnyl.com.mx

DATOS DE CONTACTO DE LA CONDUSEF

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

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 26 de agosto de 2026, con el número CNSF-S0038-0379-2026/CONDUSEF-007374-01.