



No. _____

Esta solicitud deberá ser contestada en su totalidad con tinta negra, indeleble y sin tachaduras ni enmendaduras.

■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s) _____

Género

Fecha de Nacimiento

F M

DD|MM|AAAA

País de Nacimiento

Entidad Federativa de Nacimiento

Nacionalidad

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

RFC (con Homoclave)

CURP (Mexicanos)

¿Cuenta con FIEL? Sí No

FIEL (Certificado Digital)

Tipo de Identificación

Número de Identificación

Vigencia

Domicilio (Calle y Número)

Colonia

Alcaldía / Municipio

Estado

Código Postal

Teléfono Casa

Teléfono Trabajo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)

Nombre y giro de la empresa donde labora

Ingreso anual por ocupación
\$

Ingresos anuales adicionales (especificar el origen)

\$

¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí No

¿El solicitante y el contratante es la misma persona? Sí No

¿Actúa por cuenta propia? Sí No

Estoy de acuerdo que si no cuento con un RFC activo ante el SAT, la factura/recibo se generará con un RFC genérico.

■ **DATOS DEL CONTRATANTE**

Llenar sólo si el Contratante y Solicitante son distintas personas.

Tipo de persona: Física Moral Relación con el solicitante (especifique) _____

Apellido Paterno, Materno y Nombre o Razón Social

Nacionalidad		RFC (con Homoclave)	
¿Cuenta con FIEL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FIEL (Certificado Digital)	
Domicilio (Calle y Número)		Colonia	
Alcaldía / Municipio		Estado	Código Postal
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular / Celular del Representante Legal	
Correo Electrónico / Correo Electrónico del Representante Legal			

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Física

Fecha de Nacimiento	Género	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento	CURP
DDMM/AAAA	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			DDMM/AAAA
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Vigencia
Nombre y giro de la empresa donde labora		Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)		
Ingreso anual \$ Pesos		Ingresos adicionales (especificar origen) Anualmente ascienden a \$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas en territorio nacional o en el extranjero?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Moral

Folio Mercantil	Fecha de Constitución	Actividad o Giro		
	DDMM/AAAA			
Ingreso anual \$ Pesos		Ingresos adicionales (especificar origen) Anualmente ascienden a \$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Representante Legal				

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuge(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí No

■ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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 deben 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 nombre 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.

Beneficiario Número	Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Nacionalidad	Irrevocable
1		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6		D D M M A A A A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Beneficiario Número	Parentesco o relación con el Solicitante	%	¿Domicilio igual al del Solicitante? En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los porcentajes de participación de los Beneficiarios deben sumar 100%.

■ HISTORIAL DE SEGUROS

¿Tiene Seguros de Vida Individual en vigor con otra Aseguradora? Sí No

Sólo considerar los contratados de forma particular, no los seguros derivados de algún crédito o aquéllos que fueron contratados en forma grupal como prestación laboral. En caso de tener otros Seguros de Vida en vigor favor de indicar:

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

¿Está solicitando actualmente un Seguro de Vida en otra Compañía? Sí No

En caso afirmativo, indique lo siguiente

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

■ CUESTIONARIO MÉDICO Y DE ACTIVIDADES

1. Peso y Estatura	_____ kilogramos _____ metros
2. ¿Ha fumado durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clase (pipa, puro y/o cigarrillo) _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (día, semana, mes o año)
3. ¿Consume bebidas que contienen alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (día, semana, mes o año)
4. Indique si se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Problemas cardiacos (presión alta, ataque cardiaco o infarto, angina de pecho, soplos o enfermedades de las válvulas cardiacas), diabetes mellitus, prediabetes, azúcar alta y/o enfermedades tiroideas (hipo o hipertiroidismo, etc.)	En caso afirmativo, llenar el cuestionario de cardiopatía isquémica, cirugía valvular, cuestionario de soplo cardiaco, diabetes mellitus y/o enfermedades tiroideas.
b. Tumores benignos o malignos (cáncer), melanoma, leucemia y/o linfoma.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de tumores malignos, benignos, linfoma de hodgkin/linfoma no hodgkin y/o leucemia.
c. Enfermedades respiratorias (como asma, tuberculosis, bronquitis crónica, enfisema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de enfermedades pulmonares.
d. SIDA, resultados positivos en la prueba de HIV y/o enfermedades de transmisión sexual (como gonorrea, sífilis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
5. Indique si en los últimos 10 años se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Enfermedades del sistema nervioso (derrame, embolia o infarto cerebral, epilepsia, desmayos frecuentes, Alzheimer) y/o enfermedades mentales (como depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.)	En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico, cuestionario de epilepsia y/o de salud mental.
b. Enfermedades de columna (como hernias de disco, desviaciones, etc.) problemas en las articulaciones (como artritis, etc.) y/o enfermedades reumáticas (como lupus, artritis reumatoide, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el Cuestionario de Padecimientos de Columna y/o informe médico.
c. Enfermedades digestivas (como úlceras, sangrado en el estómago, etc.) y/o enfermedades del hígado (como hepatitis B, hepatitis C, cirrosis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
6. Indique si en los últimos 5 años se le han diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Enfermedades de los riñones o en las vía urinarias (como cálculos, insuficiencia renal, sangre o proteína en la orina, etc.)	En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
b. ¿Colesterol y/o triglicéridos elevados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, autorizar se le practiquen exámenes médicos.
7. ¿Tiene algún defecto auditivo o de la vista? (No considerar miopía, astigmatismo o hipermetropía)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
8. ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya declarado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar los detalles solicitados en la siguiente sección.

Número Pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de Diagnóstico
Duración de la Enfermedad	Secuelas	Estado de Salud Actual	

Número Pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de Diagnóstico
Duración de la Enfermedad	Secuelas	Estado de Salud Actual	

9. Si la Solicitante es mujer, ¿está embarazada? ¿Ha tenido complicaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Semana de gestación _____ Complicación _____
10. ¿Le falta alguna extremidad o parte de la misma (mano, brazo, pierna, pie, dedo pulgar, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidad _____ Fecha _____ Motivo de pérdida _____
11. ¿Autoriza se le practiquen exámenes médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿En los últimos 10 años le han practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ Cirugía _____ Fecha _____ Estado de salud actual _____
13. ¿En los últimos 5 años ha hecho uso de alguna droga o estimulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de uso de drogas psicoactivas.
14. ¿Está expuesto a armas de fuego, explosivos, herramientas punzocortantes, maquinaria pesada, trabajo en alturas, manejo de alta tensión, sustancias químicas o peligrosas y/o radiaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Expuesto a: _____ En caso afirmativo, llenar cuestionario de ocupación.
15. ¿Actualmente practica algún deporte como artes marciales, boxeo, lucha, carreras de autos, motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo ala delta, esquí agua o nieve, tauromaquia, charrería, rafting o cualquier otro similar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario correspondiente.
16. ¿Actualmente utiliza motocicleta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ Frecuencia _____ (día, semana o mes)
17. ¿Pilotea o desempeña actividades aéreas como miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave? Por ejemplo: avión, planeador o cualquier otro similar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación.
18. ¿Viaja a bordo de cualquier aeronave privada? Se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia _____ Tipo de aeronave _____ Horas anuales _____ Tipo de Viaje _____ Destino(s) principal(es) _____

■ **AVISO DE PRIVACIDAD**

Los Datos Personales que nos proporcione, incluyendo los patrimoniales, financieros, sensibles, biométricos y/o de geolocalización, así como, los considerados necesarios para la identificación y contacto de asegurados y/o beneficiarios, serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (la “Sociedad”), con domicilio en Av. Santa Fe N° 428, piso 7, Downtown Torre II, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, México, con la finalidad primaria y necesaria de la operación de nuestros productos y/o servicios, evaluar sus necesidades de protección, emisión de contratos de seguro, realizar investigaciones relacionadas con la oferta, contratación y administración de nuestros productos y/o servicios, analizar internamente y/o por conducto de terceros evaluaciones de riesgo inherente, procesamiento de solicitudes, su administración, emisión, envío y activación de pólizas, realizar gestiones y trámites relacionados con sus solicitudes de servicio, aclaraciones, reclamaciones o quejas, generación de perfiles de acceso a los sistemas electrónicos para brindarle atención y acreditar su identidad, elaborar informes estadísticos y financieros, implementación de procesos de seguridad y resguardo, así como, la realización de cualquier actividad complementaria, auxiliar y necesaria para la debida prestación de nuestros servicios y/o productos.

Asimismo, le informamos que con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica con Usted, así como aquellas finalidades previstas en este Aviso de Privacidad y su versión integral, la Sociedad transferirá sus Datos Personales a aquellos terceros o proveedores necesarios para que la Sociedad pueda prestar los servicios financieros y/o seguros propios de su objeto, gestionar la inscripción y prestación de los servicios operados por éstos, y que, en su caso, se ofrezcan como parte de los beneficios de la póliza/producto contratado, incluyendo la elaboración de informes analíticos y/o estadísticos relacionados con los mismos, asimismo, a autoridades competentes, organismos gubernamentales en materia de salud, al Instituto Nacional Electoral (INE), el Registro Federal de Electores y/o el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO), única y exclusivamente para fines de validación y verificación de éstos, a través de las bases de datos oficiales y sistemas de verificación empleados por dichos organismos, en relación con los productos y/o servicios contratados con la Sociedad, entre otras, así como para cualquier otra finalidad prevista en la legislación vigente y aplicable.

Usted puede limitar el uso o divulgación de sus datos, así como, ejercer sus Derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición el tratamiento de sus Datos Personales ante nuestro Departamento de Datos Personales. Para conocer el proceso, así como, nuestro aviso de Privacidad integral visite: www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad en la sección Aviso de Privacidad.

El Titular declara, que ha leído y entendido el Aviso de Privacidad de la Compañía y que, a través de la presente solicitud, otorga su consentimiento expreso, facultando a la Sociedad a tratar sus Datos Personales, incluyendo los sensibles conforme al Aviso de Privacidad antes citado.

Las Condiciones Generales de la póliza que incluyen la descripción y las exclusiones de las coberturas, las puede consultar en cualquier momento en nuestra página www.prudentialseguros.com.mx

Para cualquier consulta, queja o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en nuestra Unidad Especializada en Atención a Consultas y Reclamaciones ubicada en Av. Santa Fe N° 428, piso 7, Downtown Torre II, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México.

Teléfono 55 11 03 70 00

Por correo electrónico (consulta, queja o siniestro): atencionclientes.mx@prudential.com

■ **PARA SER LLENADO POR EL SOLICITANTE/CONTRATANTE**

Favor de utilizar la siguiente sección si desea aclarar o ampliar alguna información.

■ **PARA SER LLENADO POR EL AGENTE DE SEGUROS**

Lugar donde se llevó a cabo la entrevista: Casa Oficina Otro ¿Cuál? _____

¿Se presentó algún contratiempo en el proceso de identificación del cliente Sí No

Describe el contratiempo _____

¿Desea manifestar algún hecho respecto al Contratante y/o Solicitante?

	Nombre	Clave	%
Agente de Seguros 1			
Agente de Seguros 2			

Tipo de Comisión Nivelada Decreciente

MONEDA PESOS DÓLARES UDI
 FRECUENCIA ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

Cobertura Básica			Coberturas Adicionales	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	
<input type="checkbox"/> Garantía Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential Premium <input type="checkbox"/> Respaldo Prudential <input type="checkbox"/> Respaldo Prudential Premium <input type="checkbox"/> Retiro Prudential <input type="checkbox"/> Retiro Prudential con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac. V			<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves Plus <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce				
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V				
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V				
	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			
				<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			

Planes Complementarios	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
1				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
2				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
3				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
4				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
5				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	

Planes Complementarios	Suma Asegurada	Prima
<input type="checkbox"/> Reserva Prudential		

LAS SIGUIENTES SÓLO DEBERÁN SER LLENADAS POR EL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA. EN CASO DE TRATARSE DE PERSONA MORAL SE DEBERÁ LLENAR UN FORMATO ADICIONAL

El Gobierno de su país podría celebrar un acuerdo para compartir información fiscal con las autoridades de otras jurisdicciones. A continuación solicitaremos su residencia y número de identificación fiscal (si procede) y registraremos esta información en nuestras bases de datos, pero solamente revelaremos esta información a las autoridades fiscales pertinentes (certificadas u autorizadas para ello), siempre y cuando ésta sea requerida bajo la regulación de su país y convenio internacional adscrito con México.

Si usted tiene alguna duda sobre cómo llenar las preguntas siguientes, se recomienda que hable con su asesor fiscal o jurídico.

1. ¿Tiene responsabilidad fiscal en otro(s) país(es) diferente(s) a México?

Sí No

Si usted es considerado ciudadano de los EEUU o cuenta con pasaporte norteamericano o tarjeta de residencia (Green Card), también será considerado residente para efectos fiscales en los EEUU, aún cuando viva fuera de territorio norteamericano.

2. Si respondió "Sí" a la pregunta uno, por favor agregue en la tabla de abajo el país o países donde usted tiene responsabilidad fiscal, agregando también el Número de Identificación Fiscal correspondiente (Tax Identification Number – TIN). En caso de no contar con el Número de Identificación Fiscal, por favor proporcione la razón (opciones A, B o C) como se indica abajo.

- A. El país donde el contratante tiene obligaciones fiscales no emite Número de Identificación Fiscal a sus residentes
- B. El contratante no tiene posibilidad de obtener el Número de Identificación Fiscal (por favor, explique por qué no le es posible obtener dicho número en la tabla de abajo).
- C. Seleccione esta opción si las autoridades del país donde tiene obligaciones fiscales por regulación local no requiere que el Número de Identificación Fiscal sea revelado.

País / países donde tiene responsabilidad fiscal	Número de Identificación fiscal (TIN)	Si el TIN no esta disponible, seleccione la opción A, B o C	
		Razón:	A B C
		Razón:	A B C
		Razón:	A B C
		Razón:	A B C

■ **INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR**

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato. Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. toda la información que se requiera, tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro.

En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información. Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original. Manifiesto que el Agente de Seguros me ha informado, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura, incluyendo expresamente la forma de conservarla o darla por terminada en términos de los planes y tarifas registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado que he solicitado y que carece de facultades para representar a la compañía de seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas. Asimismo, manifiesto que mediante entrevista personal, me fueron recabados los datos y documentos de identificación que quedaron debidamente asentados en la presente solicitud.

SOLICITANTE

Sí No Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:

Correo SMS Teléfono Todas las anteriores

CONTRATANTE

Sí No Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:

Correo SMS Teléfono Todas las anteriores

CONSENTIMIENTO PARA ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En caso de que desee recibir la documentación de su seguro por medios electrónicos y de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula "Entrega electrónica de Documentación Contractual" de las Condiciones Generales que amparan el producto contratado, manifieste por favor lo siguiente

Autorizo el envío de la documentación contractual a la cuenta de correo electrónico que se menciona en la sección de datos del contratante Sí No

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y firma del Solicitante

Nombre y firma del Contratante

Lugar: _____

Lugar: _____

Fecha

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

No entregue pago de primas en efectivo, por su seguridad y la de su Agente, Prudential Seguros México no recibe este tipo de pagos y su Agente no puede recibirle efectivo ni depósitos a sus cuentas personales.

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO

No.

Nombre del Cuentahabiente y/o Razón Social

DEFINICIÓN DE DÍA DE CARGO

El primer cobro se realizará el día hábil siguiente de la emisión y los subsecuentes quedarán programados a la fecha de vencimiento del recibo de acuerdo a la frecuencia de cobro seleccionado.

Indique más de un medio de cobro, mencionando cuál de estos debe ser utilizado en primero, segundo o tercer lugar, mediante los recuadros de prioridad. Anote los 16 dígitos de su tarjeta de crédito y/o débito y/o los 18 dígitos de la cuenta CLABE y/o 15 dígitos de American Express.

T. Crédito T. Débito Cuenta CLABE

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Grid for card number: 16 columns, 1 row.

Miembro desde [] [] Válida hasta [] [] [] []

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 2: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 3: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 4: [1] [2] [3] [S/P]

Banco emisor: _____

Promoción: _____

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Visa Master Card American Express

T. Crédito T. Débito Cuenta CLABE

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Grid for card number: 16 columns, 1 row.

Miembro desde [] [] Válida hasta [] [] [] []

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 2: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 3: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 4: [1] [2] [3] [S/P]

Banco emisor: _____

Promoción: _____

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Visa Master Card American Express

T. Crédito T. Débito Cuenta CLABE

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Grid for card number: 16 columns, 1 row.

Miembro desde [] [] Válida hasta [] [] [] []

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 2: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 3: [1] [2] [3] [S/P] Solicitud 4: [1] [2] [3] [S/P]

Banco emisor: _____

Promoción: _____

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Visa Master Card American Express

Solicito y autorizo al (los) Banco(s) emisor(es) de la(s) tarjeta(s) o cuenta(s) antes mencionada(s), o aquella institución afiliada a VISA o Master Card, o a American Express, para que, con base en el contrato de crédito en cuenta corriente o el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la tarjeta o cuenta arriba citada o, en su caso, el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma, me haya asignado la Institución, se sirvan pagar por mi cuenta a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. las primas de seguro de vida que se deriven de la solicitud que he firmado con esta aseguradora, quedando claramente especificado que el monto puede variar en cada periodo.

De la misma forma, me comprometo a notificar oportunamente y por escrito a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. cualquier modificación referente al número de cuenta que estoy proporcionando. De igual manera, estoy enterado que, en caso de existir un rechazo del cargo por parte del banco emisor, es mi obligación hacer por otro medio el pago de las primas correspondientes. El Cuentahabiente podrá revocar esta autorización mediante comunicado escrito con diez días naturales de anticipación al vencimiento del pago de prima que recibirá Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en el cual anotará la fecha de recepción con la firma y nombre de quien recibe. En este caso, Prudential Seguros México, S.A. de C.V. deberá informar al Cuentahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta y autorización.

Lugar _____

Fecha [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Firma del Cuentahabiente y/o Representante Legal _____

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____ Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico de la diabetes _____ Fecha que inició el tratamiento _____
 Fecha de última consulta _____

2. Tipo de Diabetes: _____

3. Resultados de los últimos análisis de laboratorio.

 En ayunas

Nivel de glucosa _____ mg/% _____ mg/% _____ mg/%

Presión Arterial _____
 Max. _____ Min. _____ Max. _____ Min. _____ Max. _____ Min. _____

4. Hemoglobina glucosilada _____ Resultado: _____

Otros estudios: _____

5. Tratamiento establecido:

Tratamiento	Dosis diaria o tipo de dieta	Desde que fecha
<input type="checkbox"/> Insulina		
<input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes orales		

6. ¿El paciente sigue el tratamiento al pie de la letra?

No Sí Comentarios: _____

7. ¿Se ha visto modificado el peso del paciente en el último año?

No Sí Aumento Disminución No. de kilos _____

Causa: _____



8. Enfermedades relacionadas o complicaciones con la diabetes.

	No	Sí	Comentarios
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nefritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insuficiencia arteria/venosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

9. ¿Existe cualquier otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar la cifras:

<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> IMC		
<input type="checkbox"/> Sedentarismo			
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Cifra de TA /
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol:	Triglicéridos:	Colesterol HDL:
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad:	Frecuencia:	Clase o tipo:
<input type="checkbox"/> Ingesta de alcohol	Cantidad:	Frecuencia:	
<input type="checkbox"/> Antecedentes Heredo familiares de Diabetes Mellitus	Parentesco:	Padecimientos:	

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha | | | | | | | | | |

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.



No. Solicitud _____

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Diagnóstico _____

Niveles afectados _____

2. Especifique la(s) causa(s) que ocasionó el padecimiento:

 Congénitas _____ Adquirida (especifique) _____

3. ¿Cuáles fueron los síntomas que presentó el paciente por primera vez?

4. Controles de gabinete: Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo

	Resultados	Fecha
Exámenes radiológicos		
Tomografía Axial computarizada		
Resonancia magnética		
Electromiografía		

5. Tratamiento establecido al momento del diagnóstico:

Medicamento	Dosis	Duración	Resultado	Evolución
Rehabilitación Física	No. sesiones	Duración	Resultado	Evolución
Quirúrgico	No. del procedimiento	Resultado	Evolución	

Otro (mencione de manera detallada el tratamiento) _____

6. ¿Ha estado hospitalizado a consecuencia de este padecimiento? No Sí Número de días _____

7. ¿Ha tendido alguna complicación o secuela a causa de este padecimiento? No Sí

En caso afirmativo, favor de explicar detalladamente en las siguientes líneas:

8. Tratamiento actual:

Medicamento	Dosis	Duración	Resultado	Evolución
Rehabilitación Física	No. sesiones	Duración		Evolución
Quirúrgico	No. del procedimiento		Resultado	Evolución

Otro (mencione de manera detallada el tratamiento) _____

9. Mencione fecha y resultado de los últimos exámenes médicos que se le han realizado

	Resultados	Fecha
Exámenes radiológicos		
Tomografía Axial computarizada		
Resonancia magnética		
Electromiografía		

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF- G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico _____

2. Pruebas o exámenes que sirvieron de base para establecer el diagnóstico:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo |
| <input type="checkbox"/> Perfusión Miocárdica | <input type="checkbox"/> Cateterismo |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | ¿Cuál? _____ |

3. Diagnóstico

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Angina de Pecho estable | Ubicación _____ |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho inestable | Ubicación _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto al miocardio múltiple | Vaso afectado _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto al miocardio único | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ | _____ |
| Número de vasos afectados (descripción anatómica): _____ | |

4. Fecha que usted inició el tratamiento _____

5. ¿Cuál ha sido el procedimiento terapéutico?

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Marcapaso (temporal o permanente) | Resultado _____ |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria | _____ |
| <input type="checkbox"/> Puentes aorta-coronarios (bypass) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Número de Stent | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trombolisis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aneurisectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ | _____ |

6. Grado de lesión del tejido cardíaco _____

7. Tratamiento médico al cual está o ha estado sujeto el paciente

	Nombre del medicamento	Dosis	Fecha		Reacción al medicamento
			De	A	
<input type="checkbox"/> Vasodilatadores coronarios					
<input type="checkbox"/> Betabloqueadores					
<input type="checkbox"/> Antagonistas del calcio					
<input type="checkbox"/> Inhibidores de la Enzima de Conversión de Angiotensina (IECA)					
<input type="checkbox"/> Antagonistas del calcio					
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes					
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)					

8. Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado al paciente, posteriores a su tratamiento médico y/o tratamiento terapéutico:

	Fecha	Resultado		Observaciones
		Normal	Anormal	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cateterismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Perfusión Miocárdica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Serie cardíaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rx de Tórax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. ¿Existe algún otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar las cifras.

<input type="checkbox"/> Obesidad	Grado: _____	Peso: _____	Estatura: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	Tipo: _____	Últimas Cifras de Tensión Arterial	
		Sistólica: _____	Diastólica: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	Tipo: _____	Últimas Cifras de Glucemia: _____	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol: _____	Triglicéridos: _____	
	Colesterol HDL: _____	Colesterol LDL: _____	
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad: _____	Frecuencia: _____	Clase o tipo: _____
<input type="checkbox"/> Ingesta de alcohol	Cantidad: _____	Frecuencia: _____	
<input type="checkbox"/> Antecedentes heredofamiliares de cardiopatías	Parentesco: _____	Padecimiento: _____	
	_____	_____	
	_____	_____	

10. Complicaciones

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia valvular | <input type="checkbox"/> Angina post infarto |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo de rama | <input type="checkbox"/> Ruptura de pared |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia cardíaca | |

11. Fecha de última consulta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF- G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico del trastorno _____

2. Fecha en que inició tratamiento con usted _____

3. Mencione valvulopatía indicando la naturaleza, ubicación y fecha del diagnóstico:

Nombre del padecimiento	Ubicación	Fecha del diagnóstico

4. Mencione el tipo de valvulopatía indicando la fecha y el resultado:

	Fecha de cirugía	Resultado	
		Satisfactorio	No satisfactorio
<input type="checkbox"/> Prótesis mecánica ¿Cuál?			
<input type="checkbox"/> Bioprótesis			
<input type="checkbox"/> Válvula de cerdo			
<input type="checkbox"/> Pericardio de ternera			
<input type="checkbox"/> Autólogo			
<input type="checkbox"/> Comisurotomía			
<input type="checkbox"/> Cerrada			
<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?			

5. En caso de que el resultado no haya sido satisfactorio, indique la razón:

6. ¿Tiene alguna intervención programada?

 No Sí

Fecha _____



7. ¿Cuál es el tratamiento médico actual?

Anticoagulante Desde _____ otros ¿Cuáles? _____

8. ¿Complicaciones?

	No	Sí	Detalles
<input type="checkbox"/> Calcificación valvular extensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Accidente hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alteraciones del ritmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Presencia de:

	Sí	No	Detalles
<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Hipertrofia o dilatación cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligera <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> marcada <input type="checkbox"/> severa Fecha de diagnóstico

10. Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado en los 5 últimos años:

Nombre del estudio	Fecha	Resultado		Observaciones
		Normal	Anormal	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rx de tórax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Serie cardíaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cateterismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. ¿Existe algún otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar las cifras.

<input type="checkbox"/> Obesidad	Grado: _____	Peso: _____	Estatura: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	Tipo: _____	Últimas Cifras de Tensión Arterial Sistólica: _____	Diastólica: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	Tipo: _____	Últimas Cifras de Glucemia: _____	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol: _____	Triglicéridos: _____	Colesterol HDL: _____
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad: _____	Frecuencia: _____	Clase o tipo: _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 142 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 2 a 10 años y multa de 500 a 1,500 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha. Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico del trastorno _____

2. Indicar diagnóstico:

 Asma

Edad de Inicio: _____ Tipo: _____ Número de ataques al año: _____ Fecha del último: _____

 Enfisema pulmonar

 Bronquiectasia

 Bronquitis obstructiva crónica

 Tuberculosis pulmonar

 Neumonía

 Neumotórax

 Otro (especificar) _____

3. Presencia de

 Disnea

 En reposo

 En esfuerzo

 Ligera

Fecha _____

 Tos

Duración: _____

Fecha: _____

 Expectoración

Duración: _____

Fecha: _____

 Abundante: No

 Sí

 Hemoptisis

Duración: _____

Fecha: _____

 Abundante: No

 Sí

 Hipoxia

 Moderada

 Severa

 Cianosis

Localización _____

Fecha _____

 Silbilancias

 Marcadas

 Difusas

 Pérdida de Peso

Kgs. perdidos _____

 Infecciones

Fechas: _____

purulentas frecuentes

4. Fecha de inicio del tratamiento con usted. _____

5. ¿Cuál ha sido el tratamiento recibido?

Tratamiento	Dosis	Duración	Ha sido interrumpido		Desde que fecha	Nombre del medicamento
			No	Sí		
<input type="checkbox"/> Broncodilatadores						
<input type="checkbox"/> Aerosoles inhalados						
<input type="checkbox"/> Terapia esteroidea						
<input type="checkbox"/> Respiración asistida						
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)						



6. ¿En qué categoría se encuentra el tratamiento recibido?

- Solamente tratamiento ocasional durante los episodios
 Tratamiento continuo
 Periodos cortos de esteroides

- Tratamiento por períodos mensuales
 Hospitalización

7. ¿Ha experimentado cualquier limitación en su capacidad para trabajar o ha tenido que ausentarse del trabajo como resultado de un episodio?

- No Sí En caso afirmativo, indique número de días: _____

8. ¿Se le han practicado Rx de Tórax o pruebas de función pulmonar? No Sí

En caso afirmativo, indique fecha y resultado:

Fecha: _____ Resultado: _____

9. ¿El paciente fuma? No Si

En caso afirmativo, indique número de cigarrillos por día: _____

10. En caso de que el paciente no fume actualmente, ¿fumaba? No Si

En caso afirmativo, indique número de cigarrillos por día: _____

Durante cuanto tiempo: _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 142 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 2 a 10 años y multa de 500 a 1,500 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta

fecha. Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico de trastorno _____ Fecha de última consulta _____

2. Indicar diagnóstico:

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Eutiroidismo
- Nódulo solitario
- Tiroiditis
- Enfermedad de Graves-
Basedow

- Bocio
- Tamaño estable
- Tóxico
- No Tóxico
- De tipo inespecífico
- Consistencia nodular
- Compresión traqueal

Nódulo solitario

Cáncer ¿Cuál? _____

3. ¿El paciente presenta uno o más de los siguientes signos a causa de la afección tiroidea?

- Temblor
- Exofthalmos
- Alteración de la frecuencia cardiaca
- Signos de insuficiencia cardiaca
- Disminución psicomotora persistente
- Mizedema persistente
- Retraso mental marcado severo
- Signos físicos persistentes de cretinismo
- Hipertensión
- Otro (especificar)

Comentarios

4. ¿Cuál es el tratamiento médico o quirúrgico?

Tratamiento	Fecha	Ha sido interrumpido el tratamiento		Razón	Complicaciones o efectos secundarios
		No	Sí		

5. Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado al paciente en los últimos 6 meses:

Nombre del estudio practicado	Fecha	Resultados		Comentarios
		Normal	Anormal	

6. ¿Ha presentado alguna secuela por el padecimiento de tiroides? Detallar complicaciones y tratamiento médico requerido para dicha complicación.

7. Anexar copia del último estudio de perfil tiroideo y química sanguínea practicado.

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)			Especialidad	
Domicilio: Calle y Número			Colonia	
Delegación/ Municipio		Ciudad / Población		Estado
				Código Postal
Teléfono consultorio		Teléfono celular		Cédula Profesional

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha | | | | | | | | | |

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF- G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de primer ataque epiléptico o alteración del estado de conciencia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de último ataque epiléptico o alteración del estado de conciencia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de inicio de tratamiento con usted

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de última consulta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Tipo de epilepsia que se le diagnosticó al paciente:

Gran mal

Pequeño mal

otro

¿Cuál? _____

3. ¿Cuántos ataques presenta al año?

4. ¿Cuándo presenta estos ataques?

Durante el día

Dormido

Después de una gran excitación

Otros factores

¿Cuáles? _____

5. ¿Cuánto duran los ataques?

6. Manifestación de los ataques:

Pierde estado de conciencia

Aura

Relajación de esfínteres

Contracción tónica-clónica

7. Si pierde el estado de conciencia, ¿cuánto dura?

8. ¿Ha tenido status epiléptico?

No

Sí

Fecha _____

9. Fecha de última crisis:

10. ¿Qué medicamento ha recibido el paciente en los últimos dos años y cuál es el medicamento que recibe actualmente?

	Nombre del medicamento	Dosis
Últimos 2 años		
Actualmente		

11. ¿Cuál ha sido la respuesta del paciente al tratamiento?

12. ¿Se le han practicado algunos estudios?

No Sí

¿Cuáles? _____ Fecha _____

Resultado: _____

13. ¿Influye esta condición en algún aspecto en la ocupación del paciente?

No Sí

Proporcione detalles: _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	
_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico _____ Fecha que inició el tratamiento _____

Fecha de última consulta _____

2. Tipo de Hipertensión Arterial

Esencial

Hipertensión Maligna

Secundaria a otra forma de enfermedad

En caso de tratarse de hipertensión secundaria

Causa: _____

3. ¿Causa aún presente?

No

Sí

4. Anotar las cifras de presión arterial encontradas al momento del diagnóstico

TA ₁	TA ₂	TA ₃

5. Detalle de los fármacos utilizados:

Nombre	Dosis	Fecha o periodo en que se ha utilizado

6. ¿Cuál ha sido el efecto del tratamiento?

7. Anotar las últimas 3 cifras de presión arterial encontradas:

TA	Fecha	TA	Fecha	TA	Fecha

8. Pruebas o exámenes realizados

Nombre del estudio	Fecha	Resultado
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		

9. ¿Existe cualquier otro factor de riesgo?

<input type="checkbox"/> Obesidad	Grado:	Peso:	Estatura:
<input type="checkbox"/> Sedentarismo			
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	Tipo:	Últimas Cifras de Glucemia:	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol:	Triglicéridos:	Colesterol HDL:
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad:	Frecuencia:	Clase o tipo:
<input type="checkbox"/> Ingesta de alcohol	Cantidad:	Frecuencia:	
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o periférica antes de los 60 años	Parentesco:	Padecimiento	
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	

■ COMPLICACIONES

	No	Sí	Comentarios
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Padecimientos vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha sido hospitalizado para tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Observaciones _____			

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	____ ____ ____ ____
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	
____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha ____|____|____|____|____|

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)

Fecha de Nacimiento

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico

Fecha de última consulta

2. Tipo de Leucemia

- Leucemia aguda mieloblástica
- Leucemia mieloide crónica
- Leucemia mieloide subaguda

- Leucemia aguda linfoblástica
- Leucemia linfoide crónica
- Leucemia de células pilosas

- Leucemia linfático aguda
- Leucemia mielógena aguda

3. Especificar la información solicitada de cada uno de los tratamientos que le ha aplicado, incluyendo quimioterapia y/o radioterapia.

Tipo de Tratamiento	Dosis	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Respuesta al tratamiento

4. Sólo en caso de Leucemia linfoide crónica, proporcionar el estadio:

- Etapa
- Etapa I
- Etapa II
- Etapa III
- Etapa IV

5. Indicar los resultados de hemogramas realizados y fecha:

Resultado	Fecha

6. ¿Requirió el paciente trasplante de Médula Ósea?

- No
- Sí Fecha Resultado:

7. ¿Considera usted el padecimiento en completa remisión?

- No
- Sí Fecha Razón:

8. Complicaciones:
 No

 Sí

 Fecha

 ¿Cuáles?
■ TRATAMIENTO ACTUAL

Tratamiento	Dosis	Respuesta al tratamiento

9. Fecha de próxima consulta
10. Estudios a realizar:

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta

 fecha. Firma del Médico

 Lugar

 Fecha

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF- G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico _____

Fecha de ultima consulta _____

■ LINFOMA DE HODGKIN

 2. ¿Clasificación conocida? No Sí

¿Cuál? _____

 3. ¿Confirmado por scanner? No Sí Fecha _____

4. ¿En qué etapa se encuentra?

 I II III IV

 Tipo A Asintomático B Síntomas como fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos

 5. ¿Tuvo linfoma de Burkitt? No Sí ¿Tamaño? _____

■ LINFOMA DE NO HODGKIN

Favor de especificar:

Grado	Etapa	Remisión	Recidivas
<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Desde que fecha _____	Número: _____
<input type="checkbox"/> Alto			Fecha: _____

■ TRATAMIENTO
 Cirugía ¿Cuál? _____ Fecha _____

Resultado _____

 Radioterapia Localización _____ Número de radiaciones _____

 Fecha de inicio y término _____ Interrumpida

 Quimioterapia Medicamento _____ Número de ciclos _____

Fecha de inicio y término _____

 Trasplante de médula

 Heterólogo Fecha _____ Autólogo Fecha _____

Resultado _____

■ CONTROLES MÉDICOS

Últimos exámenes médico realizados. Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo al tipo de exámenes médicos.

- | | | | |
|---|---|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Scanner | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Recuento de linfocitos | | Número _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Recuento de plaquetas | | Número _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Esplenectomía | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Complicaciones | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | Resultados _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | Resultados _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | Resultados _____ | Fecha _____ |

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico _____

Fecha que inició el tratamiento con usted _____

2. Los trastornos han sido:

Episodio único

Fecha _____

Episodios múltiples (2 últimas fechas)

Fecha _____

Fecha _____

Trastorno permanente

Fecha de inicio _____

Factor desencadenante

Fecha de inicio _____

Otro

Fecha de inicio _____

3. Diagnóstico médico

4. ¿Causa del trastorno conocida? _____

¿Cuál? _____

5. Clasificación del padecimiento:

 Trastorno depresivo menor Leve Moderado Severo

6. En caso afirmativo mencionar:

Fecha de aparición	Tratamiento	Evolución	Tiempo de medicación y/o tratamiento

7. Estudios realizado para el diagnóstico:

8. ¿El paciente tiene retraso mental? No Sí

Patología asociada	Diagnóstico	Clasificación de grado	Tratamiento	Evolución

9. El paciente presenta o ha presentado

- Intento de suicidio
 Abuso de alcohol
 Consumo de drogas
 Comportamiento violento
 Comportamiento peligroso

Fecha

10. ¿El paciente ha sido hospitalizado por esta condición? No Sí Fecha

Nombre del hospital: _____ Tiempo de hospitalización: _____

11. ¿La condición del paciente interfiere de alguna forma con su habilidad para desempeñar su ocupación?

- No Sí
 Indique la razón: _____

12. ¿El paciente tiene antecedentes familiares de trastornos mentales o suicidio? No Sí

Parentesco: _____ Indique el padecimiento: _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

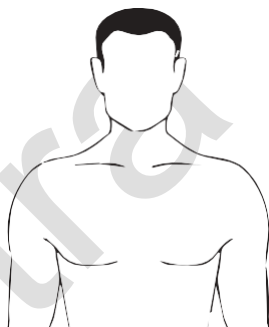
■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico _____

2. Los trastornos han sido:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Insuficiencia valvular |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Endocarditis |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca | <input type="checkbox"/> Cirugías |

3. Características del soplo, indicar con una **X** la máxima intensidad y con una **→** la irradiación



	Intensidad		Calidad	Tiempo
Sistólica	1/6	4/6	Agudo	Sistólico medio
	2/6	5/6	Grave	Sistólico final
	3/6	6/6		Pansistólico
Diastólica	1/4	3/4	Soplante	Precoz (decreciendo)
	2/4	4/4	Grave	Medio
				Presistólico

4. ¿Presenta crecimiento del corazón? No Sí

5. Tensión arterial presentada en los últimos tres meses

6. ¿Complicaciones y/o secuelas?

	No	Sí	Detalles
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Edema de tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Crecimiento hepático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. ¿Ha recibido algún tratamiento para el soplo cardiaco? No Sí

¿Cuál? _____

8. Tratamiento médico actual

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

 Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de
Nacimiento**■ INFORMACIÓN MÉDICA**

1. Fecha del diagnóstico _____

Fecha de última consulta _____

2. ¿Cuáles fueron las pruebas utilizadas para el diagnóstico del tumor? _____

3. ¿Análisis con marcadores tumorales?

 No Sí

¿Cuál? _____

Fecha _____

4. Indique si invadió un órgano (invasión local) o más de un órgano (metástasis)

Invasión local No Sí**Metástasis** No SíGanglionares regionales Ganglionares distantes Órganos distantes

5. ¿Qué órgano o sistema de órganos estaban afectados por el tumor? _____

6. Tipo de tumor (nombre de tumor) _____

7. Clasificación del tumor (T, N, M, TX, TO, Tis, TQ, T2, T3, T4, NX, NO, N1, N2, N3, MX, M0, M1) _____

Otras clasificaciones (Ann-Arbor, Duke, FIGO, pT, Profundidad de Breslow, Flocks/VACURG, RAI, Surie/Salmon, NCI, Marshall) _____

8. Clasificación del tumor por etapa:

 Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV

9. Grado histológico del tumor:

 Grado 1 (G1) Grado 2 (G2) Grado 3 (G3) Grado 4 (G4)

■ TRATAMIENTO
 Cirugía

 Finalidad de la cirugía Diagnóstica Curativa Paliativa
 Fecha _____ Resultado _____

 Radioterapia
 Preoperatoria Fecha _____ Curativa Fecha _____
 Paliativa Fecha _____ Interrumpida Fecha _____
 Completada Fecha _____

 Quimioterapia

 Protocolo _____ Número de ciclos _____
 Interrumpida Fecha _____ Completada Fecha _____

 Terapia hormonal

 Protocolo _____
 Curativa Fecha _____ Preventiva Fecha _____
 Paliativa Fecha _____ Completada Fecha _____

 Transplante de médula
 Alógeno Fecha _____ Autólogo Fecha _____
 Resultado _____

 Otro

¿Cuál? _____ Fecha _____

■ EVOLUCIÓN
Remisión completa No Sí Resultado _____

Radioterapia No Sí Número _____ Fecha última _____

Complicaciones No Sí Fecha _____ ¿Cuáles? _____

■ CONTROLES MÉDICOS

Últimos exámenes médico realizados. Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo al tipo de exámenes médicos.

 Examen radiológico Órgano _____ Resultados _____ Fecha _____

 Tomografía Axial
Computarizada (TAC) Órgano _____ Resultados _____ Fecha _____

 Resonancia Magnética
Nuclear (RMN) Órgano _____ Resultados _____ Fecha _____

 Endoscopia Tipo _____ Resultados _____ Fecha _____

 Marcadores Tumorales ¿Cuál? _____ Resultados _____ Fecha _____

 Otro ¿Cuál? _____ Resultados _____ Fecha _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 142 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 2 a 10 años y multa de 500 a 1,500 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 5 de agosto de 2021, con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF- G-00231-010.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL SOLICITANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que he presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. ¿Cuáles fueron los síntomas que presentó con respecto al tumor o quiste?

3. ¿Cuáles fueron las pruebas utilizadas para efectuar el diagnóstico?

4. ¿En qué órgano se localizó el tumor?

5. ¿Se le practicó alguna intervención quirúrgica a causa del tumor? No Sí

En caso negativo, indique la razón _____

En caso positivo, indique la fecha de cirugía

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. ¿Qué diagnóstico le dio su médico después de la cirugía?

7. ¿Cuál fue el resultado del estudio histopatológico?

Si han transcurrido menos de 3 años desde la cirugía, anexar copia.

8. ¿Se le diagnosticó cáncer o alguna forma de tumor maligno? No Sí

¿Cuál? _____

9. Tiempo de recuperación

10. ¿Requirió algún tipo de tratamiento después de la intervención quirúrgica? No Sí

¿Cuál? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

11. ¿Recibió quimioterapia o radioterapia? No Sí
 ¿Cuál? _____ Dosis _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

12. ¿Ha tenido alguna complicación o secuela a causa de este padecimiento? No Sí
 En caso afirmativo, favor de explicar detalladamente:

13. Tratamiento actual:

Nombre	Dosis	Resultado		Evolución
		Normal	Anormal	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Mencione fecha y resultados de los últimos exámenes médicos realizados:

Nombre del estudio practicado	Fecha	Resultado		Comentarios
		Normal	Anormal	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. ¿Cuál es su estado de salud actual? _____

■ **INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR**

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato. Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a la Compañía toda la información que se requiera, tales como resultados de estudio de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a la Compañía, la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original.

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

Firma del Solicitante: _____

Lugar: _____ Fecha: | | | | | | | | | |

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 5 de agosto de 2021. con el número CGEN-S0106-0083-2021/CONDUSEF-G-00231-010.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP		
	Edad	Sexo	Fumador	Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda	Fecha de inicio de vigencia	

Coberturas	Suma Asegurada	Fin de Vigencia	Edad máxima de aceptación	PLAZO DE		Prima Anual
				La cobertura (años)	Pago de prima (años)	
Total						

Nombre completo del BENEFICIARIO	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de participación

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 efectos de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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 incondicional de disponer de la suma asegurada.

Los siguientes endosos forman parte integrante de esta póliza

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. pagará los beneficios en cada una de las coberturas contratadas, de acuerdo con lo estipulado en la póliza.

Lugar y Fecha de Expedición: Ciudad de México, a

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.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE		PÓLIZA NO.	
		RFC	
		CURP	
Nombre y domicilio del ASEGURADO		RFC	CURP
	Edad	Sexo	Fumador
			Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda	Fecha de inicio de vigencia

El primer pago de prima incluirá el derecho de póliza equivalente a <<monto>> <<moneda>>. La prima <<fpago>> incluirá un recargo por pago fraccionado del <<porcPrima>>. Este porcentaje podrá variar de acuerdo con las políticas establecidas por Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

Las Condiciones Generales de la póliza que incluyen la descripción y las exclusiones de las coberturas, las encontrará anexas a este documento, así como las puede consultar en cualquier momento en nuestra página www.prudentialseguros.com.mx.

Nota importante: Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada en Atención a Consultas y Reclamaciones a los teléfonos (55) 1103-7000 y en el interior de la República 01 800 000 5433, por correo electrónico a atencionclientes.mx@prudential.com.mx o acuda a nuestra oficina ubicada en: Av. Ejército Nacional 843-B, Torre A, Piso 1, Granada, C.P. 11520, Ciudad de México; o bien contacte a la CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No.762 Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfono (55) 5340-09 99 y del interior de la República 01 800 999 8080, por correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx o visite la página 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, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de octubre de 2015, 15 de julio de 2016 y 27 de enero de 2017, con los números de registros **CGEN-S0106-0201-2015**, **RESP-S0106-0142-2016** y **RESP-S0106-0017-2017** respectivamente".

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número **G00250001**, de fecha 25 de enero de 2017

IMPORTANTE

Dado que las condiciones generales son consolidadas y aplican para todas las coberturas que conforman el producto "RETIRO PRUDENTIAL 2021". A continuación, se señalan los numerales que son de aplicación general:

1. Definiciones.
2. Cláusulas Generales.

Los numerales 3. Coberturas y 4. Exclusiones incluyen la descripción de todos los riesgos cubiertos y los no cubiertos por el producto; por lo que es importante mencionar que estas descripciones y exclusiones son de carácter específico para cada cobertura, y que al momento de imprimirse el Contrato de Seguro para el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, únicamente aparecerán las correspondientes a las coberturas contratadas y amparadas en la carátula de la Póliza.

Número de Registro ante RECAS: CONDUSEF-005016-02

Muestra Simulador

CONDICIONES GENERALES PARA EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL DE RETIRO**INDICE**

1	DEFINICIONES	4
1.1	ACCIDENTE.....	4
1.2	ASEGURADO	4
1.3	BENEFICIARIO.....	4
1.4	COBERTURA.....	4
1.5	COBERTURA BÁSICA	4
1.6	CONTRATANTE	4
1.7	CULPA GRAVE.....	4
1.8	ENDOSO.....	4
1.9	ENFERMEDAD TERMINAL.....	5
1.10	EXCLUSIONES.....	5
1.11	EXTRAPRIMA.....	5
1.12	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.....	5
1.13	INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE.....	5
1.14	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	5
1.15	LEY.....	6
1.16	MUERTE ACCIDENTAL	6
1.17	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.....	6
1.18	PÉRDIDAS ORGÁNICAS	6
1.19	PERIODO DE ESPERA.....	7
1.20	PERÍODO DE GRACIA.....	7
1.21	PÓLIZA.....	7
1.22	PRIMA.....	7
1.23	SINIESTRO.....	7
1.24	SUMA ASEGURADA.....	7
1.25	UDI	7
1.26	VALOR DE RESCATE.....	7
1.27	VALOR GARANTIZADO	7
1.28	VIGENCIA.....	8
2	CLÁUSULAS GENERALES	8
2.1	NOTIFICACIONES.....	8
2.2	MODIFICACIONES	8
2.3	PRIMAS.....	8
2.3.1	PERIODO DE GRACIA	8
2.3.2	FORMA DE PAGO	9
2.4	VALORES GARANTIZADOS.....	9
2.4.1	PRÉSTAMOS	9
2.4.2	CANCELACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO.....	10
2.5	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	10
2.6	REHABILITACIÓN.....	11
2.7	DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA	11
2.8	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	12
2.9	INDISPUTABILIDAD.....	12
2.10	EDAD DE ACEPTACIÓN	12
2.11	AVISO DEL SINIESTRO	13

2.12	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.....	13
2.13	PAGO DEL SINIESTRO.....	15
2.14	INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	15
2.15	ACUERDO DE ARBITRAJE.....	15
2.16	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	15
2.17	PRESCRIPCIÓN.....	16
2.18	COMPETENCIA.....	16
2.19	DIVIDENDOS.....	17
2.20	MONEDA.....	17
2.21	CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	17
2.22	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	17
2.23	IMPUESTO.....	18
2.24	INTERMEDIACIÓN.....	18
2.25	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL PARA EL CASO DE CELEBRACIÓN DE CONTRATO POR INTERNET	19
2.26	REVELACIÓN DE COMISIONES.....	19
2.27	ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	20
2.28	FRAUDE, DOLO O MALA FE	20
2.29	CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	20
3	COBERTURAS	20
3.1	COBERTURA BÁSICA TEMPORAL POR SOBREVIVENCIA O FALLECIMIENTO PARA INGRESO AL RETIRO, comercialmente ofrecido como "RETIRO PRUDENTIAL"	21
3.2	COBERTURA BÁSICA TEMPORAL POR SOBREVIVENCIA O FALLECIMIENTO PARA INGRESO AL RETIRO CON BENEFICIOS FISCALES, comercialmente ofrecido como "RETIRO PRUDENTIAL con BENEFICIO FISCAL Art. 151 fracción V o Art. 185 LISR"	22
3.3	COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGANICAS, comercialmente ofrecido como "MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS".....	25
3.4	COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL POR INVALIDEZ, comercialmente conocido como "INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE".....	26
3.5	BENEFICIO ADICIONAL ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS:.....	26
3.6	BENEFICIO ADICIONAL ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL:	27
4	EXCLUSIONES	27
4.1	FALLECIMIENTO	27
4.2	COBERTURAS CON MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS	28
4.3	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE	29

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la **COMPAÑÍA**, emite las condiciones generales de la presente Póliza sobre la vida del **ASEGURADO**, cuyo nombre figura en la carátula de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por el mismo y/o el **CONTRATANTE** de la Póliza en la solicitud del seguro y los cuestionarios correspondientes. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

1 DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

1.1 ACCIDENTE

Se entiende por Accidente todo evento externo, violento, súbito y fortuito que afecte el organismo del **ASEGURADO**, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles, o bien, lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

1.2 ASEGURADO

Es aquella persona física que se encuentra amparada conforme a las Coberturas contratadas y de acuerdo con lo expresamente señalado en la carátula de la Póliza para cada una de éstas.

1.3 BENEFICIARIO

Aquella persona que por designación del **ASEGURADO** o por disposición legal, tiene derecho a recibir el beneficio contratado, o su proporción correspondiente, de aquellas Coberturas en las que, con el carácter de Beneficiario, se le ha designado.

1.4 COBERTURA

Es el tipo de protección contratada por el **ASEGURADO**, bajo la cual se pueden amparar los riesgos de: Fallecimiento, Sobrevivencia, Muerte Accidental, Enfermedad Terminal, Invalidez Total y Permanente e Invalidez Parcial y Permanente.

1.5 COBERTURA BÁSICA

Se entenderá como Cobertura Básica, a la Cobertura mencionada como tal en la carátula de la Póliza, la cual fue determinada con base en las prioridades y necesidades del **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**.

1.6 CONTRATANTE

Es la persona física o moral que suscribe con la **COMPAÑÍA** la Póliza y es responsable ante ésta de pagar la Prima correspondiente; de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro y señalado en la carátula de la Póliza para cada Cobertura. Para efectos de este contrato de Seguro, el Contratante podrá ser el Asegurado siempre y cuando sea persona física.

1.7 CULPA GRAVE

La omisión de la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes.

1.8 ENDOSO

Es el documento emitido por la **COMPAÑÍA**, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato de Seguro, así como cualquier información que afecte a éste.

1.9 ENFERMEDAD TERMINAL

Es aquella enfermedad en relación con la cual un médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y que, además, no tenga parentesco hasta el 2° grado consanguíneo con el ASEGURADO, certifique que éste tiene una esperanza de vida de 6 (seis) meses o menos.

1.10 EXCLUSIONES

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas bajo las condiciones que aplican.

1.11 EXTRAPRIMA

Es la cantidad adicional que el CONTRATANTE se obliga a pagar a la COMPAÑÍA, por la existencia de factores de riesgo agravados.

1.12 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Es la fecha en que da inicio el período de protección de cada una de las Coberturas contratadas, estipuladas en la carátula de la Póliza.

1.13 INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE

Se define como Invalidez Parcial y Permanente lo que a continuación se señala, siempre y cuando ésta no sea a consecuencia de un padecimiento preexistente:

- Pérdida total e irrecuperable de la vista de un ojo;
- La mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total de una mano a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de muñeca o arriba de ella);
- La mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total de un pie desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Sordera total y permanente de ambos oídos.

1.14 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se define como Invalidez Total y Permanente lo que a continuación se señala, siempre y cuando ésta no sea a consecuencia de un padecimiento preexistente y haya transcurrido el periodo de espera de 6 (seis) meses para este estado de Invalidez:

Se considerará Invalidez Total y Permanente si durante la vigencia de la Póliza las facultades y aptitudes con que contaba el ASEGURADO a la fecha de contratación de esta Póliza se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 (seis) meses.

También se considerará Invalidez Total y Permanente las siguientes pérdidas orgánicas:

- La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos;
- La pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo.

Cabe destacar que el periodo de espera de (6) seis meses no aplicará cuando la Invalidez sea resultado de una pérdida orgánica.

Para los efectos de este Contrato de Seguro se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

1.15 LEY

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.16 MUERTE ACCIDENTAL

Se entenderá, aquel fallecimiento inmediato a causa de un Accidente o aquel que ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el mismo, siempre y cuando el fallecimiento sea consecuencia directa de las lesiones originadas por dicho Accidente.

1.17 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que, previamente a la celebración del Contrato de Seguro:

Se haya declarado su existencia, o

El ASEGURADO haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico, o

Sean comprobables: por la existencia de un expediente médico, en el cual se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la COMPAÑÍA, cuando cuente con pruebas documentales de que el ASEGURADO haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la COMPAÑÍA quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

A aquellos ASEGURADOS que se hayan sometido a un examen médico por parte de la COMPAÑÍA para el proceso de suscripción, no se les aplicará la cláusula de preexistencia respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento, que tengan relación con el tipo de examen médico que se les haya practicado y que no hubiese sido diagnosticado en el mismo.

1.18 PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Se determina como pérdida orgánica las lesiones que se detallan a continuación, siempre que sucedan como consecuencia inmediata y directa de un Accidente o bien dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo.

- La pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos.
- La pérdida de una mano y un pie.
- La pérdida de una mano o un pie, en conjunto con un ojo.
- La pérdida de una mano o un pie.
- La pérdida de la vista de un ojo.

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibiotarsiana o arriba de ella;
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

1.19 PERIODO DE ESPERA

Periodo de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la Póliza o cobertura y el momento que se establezca en cada cobertura o beneficio de esta Póliza para la cobertura de ciertos riesgos.

1.20 PERÍODO DE GRACIA

Es el plazo convenido entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE para el pago de la Prima, dentro del cual se otorga la Cobertura contratada, aun cuando no se hubiere pagado la Prima o la fracción correspondiente, en el caso de que el CONTRATANTE haya optado por un pago diferente al anual. En caso de Indemnización por causa de Siniestro dentro de este período, la COMPAÑÍA deducirá de la misma, la Prima que se encuentre pendiente de pago.

1.21 PÓLIZA

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los cuestionarios y declaraciones adicionales; así como, la tabla de Valores Garantizados, los Endosos, los recibos de pago y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y la COMPAÑÍA y donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

1.22 PRIMA

Es la cantidad determinada por la COMPAÑÍA, que el CONTRATANTE deberá pagar como contraprestación por las Coberturas de Seguro contratadas y que se establece en la carátula de Póliza.

1.23 SINIESTRO

Es el hecho o la realización del evento y que produce efecto sobre la Cobertura contratada, la cual se encuentra especificada en la carátula de la Póliza.

1.24 SUMA ASEGURADA

Es la cantidad establecida en la carátula de la Póliza por cada Cobertura (para el caso de la cobertura de Retiro se pagará de forma mensual a partir de la fecha de retiro), hasta por la que tendrá responsabilidad la COMPAÑÍA, en caso de proceder el Siniestro.

1.25 UDI

Unidades de Inversión cuyo valor es determinado periódicamente por el Banco de México.

1.26 VALOR DE RESCATE

Es la cantidad a que tiene derecho el CONTRATANTE en caso de cancelación de la Póliza y se determina de acuerdo con el año de Vigencia de la Póliza y a las Coberturas contratadas, en el entendido que la Prima anual de la Vigencia correspondiente deberá estar pagada, de lo contrario aplicará el Valor de Rescate del año de Vigencia inmediato anterior. El monto de estos valores se señala en la tabla de Valores Garantizados que forma parte de esta Póliza.

Asimismo, en caso de Disminución de Suma Asegurada, el CONTRATANTE tendrá derecho a recibir una parte proporcional del Valor de Rescate de la(s) Cobertura(s) afectada(s).

1.27 VALOR GARANTIZADO

Es la cantidad a la que tiene derecho el CONTRATANTE en caso de no continuar con el pago de Primas. El monto de estos valores depende de las Coberturas contratadas, del año de Vigencia en que se encuentra la Póliza y del número de años de Primas pagadas.

Los Valores Garantizados se muestran en la tabla de Valores Garantizados que forma parte de esta Póliza. Los Valores Garantizados que ofrece esta Póliza es el Valor de Rescate.

1.28 VIGENCIA

Es la duración considerada para cada Cobertura contratada, la cual comienza a las 12:00 horas de la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la carátula de la Póliza.

2 CLÁUSULAS GENERALES

2.1 NOTIFICACIONES

Cualquier notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse por escrito precisamente al domicilio de la COMPAÑÍA que se indica en la carátula de la Póliza. El ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o Beneficiario deberá notificar por escrito a la COMPAÑÍA cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la COMPAÑÍA haga al ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o Beneficiario se dirigirán al último domicilio de éstos, respecto del cual tenga conocimiento.

2.2 MODIFICACIONES

Al ser este seguro un contrato de adhesión, cualquier persona distinta a la COMPAÑÍA carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Cualquier cambio respecto de las condiciones generales deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

La Compañía y el Contratante, podrán acordar realizar modificaciones a las condiciones particulares de la Póliza, entendiéndose éstas como cambio en Sumas Aseguradas, beneficiarios, formas de pago, etc. en todos los casos, cualquier cambio lo hará constar la Compañía por escrito y mediante Endoso.

La Póliza y sus eventuales Endosos o cláusulas firmados por funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

En caso de que exista alguna discrepancia entre algún Endoso y la Póliza, prevalecerá en todo momento lo contenido en el Endoso respectivo y este a su vez prevalecerá sobre cualquier otro Endoso con fecha anterior.

Ningún agente ni cualquier otra persona podrá cambiar o modificar en alguna de sus partes las presente condiciones generales o endosos correspondientes.

2.3 PRIMAS

La prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro, el cual es anual.

La prima podrá ser pagada en una sola exhibición o el CONTRATANTE podrá optar por el pago fraccionado de la prima, en cuyo caso las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo. En el supuesto de pago de prima fraccionada, se aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado.

La Compañía podrá reclamar a los Asegurados el pago de las primas cuando el Contratante que obtuvo esta póliza resulte insolvente.

2.3.1 PERIODO DE GRACIA

Salvo pacto en contrario, El CONTRATANTE gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; en caso de no ser cubierta la prima dentro del plazo

estipulado, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

Durante el periodo de gracia, la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, en caso de siniestro, la COMPAÑÍA podrá reducir de la indemnización que proceda, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Si transcurrido el plazo antes señalado no se ha efectuado el pago de la Prima, la COMPAÑÍA procederá a realizar el siguiente procedimiento:

Cancelar la Póliza cuando el ASEGURADO no tenga derecho a los Valores Garantizados. Si la Póliza cuenta con derecho a los Valores Garantizados, aplicará lo indicado en el punto 2.4.

2.3.2 FORMA DE PAGO

La prima convenida podrá ser pagada por el CONTRATANTE mediante cargos que efectuará la COMPAÑÍA en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuentas de fondos de pago electrónico y periodicidad que el CONTRATANTE haya seleccionado. En el supuesto de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al CONTRATANTE, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima correspondiente en las oficinas de la COMPAÑÍA, o abonando en la cuenta que le indique esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el CONTRATANTE omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia señalado en esta cláusula.

En tanto la COMPAÑÍA no entregue el recibo de pago de primas, en el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la prima.

2.4 VALORES GARANTIZADOS

Sin perjuicio de las Condiciones establecidas en la descripción de cada Valor Garantizado, el CONTRATANTE podrá aplicar este Valor de su Póliza de acuerdo con cada una de las siguientes opciones:

2.4.1 PRÉSTAMOS

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá obtener préstamos en cantidades que no excedan al Valor de Rescate, quedando éste en garantía.

Los préstamos se realizarán de acuerdo con lo siguiente:

- a) PRÉSTAMOS A PETICIÓN.

El CONTRATANTE tendrá derecho a obtener de la COMPAÑÍA préstamos que, sumados con los intereses devengados, no excedan el 80% del Valor de Rescate que se especifica en la tabla de Valores Garantizados, para hacer uso de este derecho.

El CONTRATANTE deberá solicitar el préstamo por escrito. La COMPAÑÍA realizará el pago del Préstamo a Petición, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya entregado la solicitud.

Exclusión de Préstamos: En caso de aparecer en la carátula como amparada la cobertura 3.2 cobertura básica temporal por sobrevivencia o fallecimiento para ingreso al retiro con beneficios fiscales "Retiro Prudential", bajo la modalidad del

Artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta, no se podrán otorgar préstamos a petición.**b) PRÉSTAMOS AUTOMÁTICOS.**

Si el CONTRATANTE dejare de cubrir una Prima, la COMPAÑÍA prestará sin necesidad de solicitud del CONTRATANTE y sujeto a lo que se señala más adelante, el importe de dicha Prima, siempre que los préstamos existentes o cualquier otro adeudo que tenga el CONTRATANTE no excedan del Valor de Rescate disponible.

Exclusión de préstamos: En caso de aparecer en la carátula como amparada la cobertura 3.2 cobertura básica temporal por sobrevivencia o fallecimiento para ingreso al retiro con beneficios fiscales "Retiro Prudential", bajo la modalidad Artículo 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, no se podrán otorgar préstamos automáticos.

Los préstamos devengarán un interés que corresponderá a la tasa que la COMPAÑÍA determine de acuerdo con sus políticas.

Cuando los adeudos sobrepasen al Valor de Rescate disponible y el CONTRATANTE no pague la Prima y los adeudos, cesarán los efectos de este Contrato de Seguro, así como las obligaciones que la COMPAÑÍA haya contraído con él.

Todas las deudas contraídas en virtud de esta cláusula serán deducidas por la COMPAÑÍA en el momento de la liquidación de cualquier prestación de esta Póliza, entendiéndose como prestación el pago del Siniestro o el Valor de Rescate de la Póliza en caso de cancelación.

Las deudas contraídas por préstamo podrán ser pagadas por el CONTRATANTE en cualquier tiempo, ya sea en un solo pago o en pagos parciales, siempre que la Póliza no haya sido cancelada.

2.4.2 CANCELACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá dar por terminada anticipadamente la Póliza mediante un escrito libre con acuse de recibo dirigido a la Unidad de Atención de Consultas de la COMPAÑÍA, en el cual haga constar su deseo de cancelar la Póliza debiendo anexar al escrito libre copia de la Póliza, si la tuviera. La terminación anticipada no eximirá a la COMPAÑÍA de los derechos que por la Vigencia de la Póliza se hubieren constituido a favor del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar la cancelación de este seguro y la COMPAÑÍA pagará el Valor de Rescate correspondiente del que se deducirá el saldo deudor por préstamos más intereses que en su caso se hubieran otorgado bajo esta Póliza.

La COMPAÑÍA realizará el pago del Valor de Rescate correspondiente, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la Póliza haya sido cancelada.

Transcripción del artículo 44 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

"Artículo 44.- Salvo estipulación en contrario, la prima convenida para el período en curso, se adeudará en su totalidad aun cuando la empresa aseguradora no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo."

2.5 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Este Contrato de Seguro terminará sin obligación posterior para la COMPAÑÍA de acuerdo con lo siguiente:

- a) Término del plazo de Vigencia de todas las Coberturas contratadas.

PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO S.A. DE C.V.

Av. Santa Fe 428, piso 7 | DownTown Torre II | Colonia Santa Fe Cuajimalpa | 05348 | CDMX

Tel.: (55) 1103 7000 | Fax: (55) 1103 7000

- b) Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la cancelación de la Póliza.
- c) Cuando ocurra el Fallecimiento del ASEGURADO.
- d) Cuando el monto de los préstamos otorgados al CONTRATANTE, incluyendo intereses, sean iguales o rebasen el monto del Valor de Rescate.
- e) Por falta de pago de Prima si la Póliza no cuenta aún con derecho a Valores Garantizados para el otorgamiento de algún préstamo o al concluir el periodo de gracia, si no se recibe el pago.
- f) Cuando el ASEGURADO haya solicitado el Anticipo por Enfermedad Terminal y el monto de éste sea equivalente a la indemnización a que tuviesen derecho los Beneficiarios en el caso de fallecimiento del ASEGURADO.

En caso de terminación de la Póliza no procederá la devolución de la Prima que no se haya devengado.

2.6 REHABILITACIÓN

En caso de que este seguro hubiere cesado en sus efectos únicamente por concepto de falta de pago de las Primas, el CONTRATANTE podrá rehabilitarlo siempre y cuando el período entre el último recibo pagado y la solicitud de rehabilitación no exceda de ciento ochenta (180) días naturales; no se esté haciendo uso de los Valores Garantizados y no hubiere terminado la Vigencia original del seguro.

Adicionalmente, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la COMPAÑÍA, una solicitud de rehabilitación en el formato que la misma tiene expresamente para este fin, firmada por el CONTRATANTE;
- b) Comprobar a la COMPAÑÍA que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud, de acuerdo con lo indicado por las políticas vigentes que la COMPAÑÍA tenga al momento de la solicitud de rehabilitación; y
- c) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que se fije para tal efecto.

El Contrato de Seguro se considerará rehabilitado, a partir del día en que la COMPAÑÍA comunique por escrito al CONTRATANTE haber aceptado la propuesta correspondiente. Queda expresamente pactado que el CONTRATANTE no podrá rehabilitar este seguro cuando el Contrato de Seguro hubiere cesado sus efectos derivado de un préstamo automático cuando el mismo, incluyendo intereses, sea igual o rebase el monto del Valor de Rescate.

2.7 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE podrá solicitar la disminución de la(s) Suma(s) Asegurada(s) de las Coberturas contratadas, debiendo solicitarse por escrito a la COMPAÑÍA.

Para cada una de las Coberturas que se desee disminuir la Suma Asegurada originalmente contratada se deberá cumplir con la Suma Asegurada mínima establecida por la COMPAÑÍA de acuerdo con sus políticas internas.

Como resultado de la(s) disminución(es) de Suma(s) Asegurada(s) operará lo siguiente:

- a) A partir del recibo de pago inmediato posterior a la fecha de inicio de la modificación en la(s) Suma(s) Asegurada(s), el CONTRATANTE pagará la Prima que corresponda a la(s) Suma(s) Asegurada(s) disminuida(s).
- b) Los Valores Garantizados (Valor de Rescate) se verán disminuidos de conformidad a la proporción que guarde cada una de la(s) Suma(s) Asegurada(s) disminuida(s)

sobre la(s) Suma(s) Asegurada(s) originalmente contratada(s) aplicada a los Valores Garantizados (Valor de Rescate) de cada Cobertura afectada.

El CONTRATANTE tendrá derecho a recibir el máximo entre cero y el Valor de Rescate que le corresponda de cada una de las Coberturas afectadas, en la misma proporción en que la Suma Asegurada original de cada una de las Coberturas haya sido disminuida.

Lo anterior de conformidad con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

- c) La COMPAÑÍA emitirá el Endoso correspondiente donde hará constar la(s) nueva(s) Suma(s) Asegurada(s), la Prima correspondiente, los Valores Garantizados (Valor de Rescate) a los que tendrá derecho el ASEGURADO, el CONTRATANTE o los Beneficiarios según sea el caso y la fecha a partir de la cual se hace efectiva la disminución de Suma Asegurada.

Para los cálculos que exige la presente Cláusula, se aplicará la edad y las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

2.8 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El CONTRATANTE y el ASEGURADO, al formular la propuesta del seguro, están obligados a declarar por escrito a la COMPAÑÍA, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aún y cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro. Las obligaciones de la COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el ASEGURADO y/o Beneficiarios designados, 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, el ASEGURADO o Beneficiarios no remitan en tiempo la documentación o información que, en su caso, la COMPAÑÍA solicite sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

2.9 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato de Seguro será indisputable desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de emisión o de su última rehabilitación, entendiéndose por esto que la COMPAÑÍA renuncia a los derechos que conforme a la Ley tendría derivado de las omisiones, falsas o inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que sirvieron de base para la celebración del Contrato de Seguro.

Tratándose de incrementos de la Suma Asegurada no programados o de la inclusión de nuevas Coberturas, dicho período correrá a partir de que éstos se hayan otorgado.

2.10 EDAD DE ACEPTACIÓN

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del ASEGURADO, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

La edad mínima de admisión para todas las Coberturas es de 12 años y la edad máxima de aceptación dependerá de la edad de retiro contratada, siendo como máximo los 55 años de edad.

La edad declarada por el ASEGURADO se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del ASEGURADO. En el primer caso, la COMPAÑÍA hará la anotación

correspondiente en la Póliza o extenderá al ASEGURADO un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por fallecimiento del ASEGURADO.

Si al hacer la comprobación de la edad del ASEGURADO, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la COMPAÑÍA, en este caso, rescindirá el Contrato de Seguro y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del ASEGURADO se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la COMPAÑÍA se atenderá a lo siguiente:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si la COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si la edad real es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la COMPAÑÍA tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del ASEGURADO, en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Cuando con posterioridad al fallecimiento del ASEGURADO, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente Cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

2.11 AVISO DEL SINIESTRO

El ASEGURADO y/o Beneficiario deberán notificar a la COMPAÑÍA de la realización del Siniestro dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo; salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso, el ASEGURADO y/o Beneficiario deberán notificar a la COMPAÑÍA tan pronto como cese dicho caso fortuito o fuerza mayor. Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 66 y Artículo 76 de la Ley.

2.12 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

El ASEGURADO o Beneficiario deberán comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la COMPAÑÍA tendrá derecho de exigir al ASEGURADO o Beneficiarios toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Información necesaria en caso de Fallecimiento:

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por cada uno de los Beneficiarios.
- b) Copia certificada del acta de defunción.
- c) Identificación oficial del ASEGURADO, si la tuviera y de los Beneficiarios.

- d) Certificado médico de defunción o declaración del médico que hubiere asistido al ASEGURADO o certificado su fallecimiento.
- e) En caso de Muerte Accidental, copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento del ASEGURADO.
- f) En su caso, toda información y copia de documentos que razonablemente solicite la COMPAÑÍA para verificar el fallecimiento y las circunstancias en que se produjo.

Información necesaria en caso de Invalidez Total y Permanente o Invalidez Parcial y Permanente.

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el ASEGURADO.
- b) Identificación oficial del ASEGURADO.

Bases para determinar que un dictamen de Invalidez Total y Permanente o Invalidez Parcial y Permanente tiene plena validez.

Además de la Información necesaria en caso de Invalidez Total y Permanente o Invalidez Parcial y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar:

- a) Dictamen de Invalidez Total o Parcial y Permanente emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o por alguna institución de seguridad social estatal.
- b) En caso de no contar con el dictamen mencionado en el inciso a), podrá presentar un dictamen avalado por un médico con cédula profesional y que no tenga relación consanguínea con el ASEGURADO hasta el 2do grado, que cuente con certificado por la Secretaría de Salud y, en su caso, cuente con certificado emitido por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo.
- c) Estudios y exámenes practicados que avalen el estado de invalidez total o parcial y permanente.
- d) En caso de que el Médico especialista en la materia de la COMPAÑÍA determine la improcedencia del Dictamen de Invalidez Total o Parcial y Permanente, presentado por el ASEGURADO. El ASEGURADO será evaluado por el médico especialista en la materia certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que el ASEGURADO elija dentro de los especialistas en la materia previamente designados por la COMPAÑÍA para estos efectos.

En caso de proceder el estado de Invalidez Total o Parcial y Permanente, la COMPAÑÍA cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro.

Información necesaria en caso de sobrevivencia del ASEGURADO.

- e) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el ASEGURADO.
- f) Identificación oficial del ASEGURADO.
- g) El ASEGURADO deberá presentarse en el domicilio de la COMPAÑÍA.

No obstante lo anterior, La COMPAÑÍA podrá requerir información adicional atendiendo a la naturaleza del siniestro o en caso de indicio de que pueda existir alguna causal que pueda extinguir las obligaciones de la COMPAÑÍA, conforme a lo previsto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Transcripción del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

"Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y

por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."

2.13 PAGO DEL SINIESTRO

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura contratada en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dicha Cobertura.

La COMPAÑÍA hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

La COMPAÑÍA tendrá derecho a compensar contra la Suma Asegurada, cualquier adeudo que tuviera el CONTRATANTE a favor de la COMPAÑÍA, incluyendo la parte no devengada de la Prima del periodo durante el cual ocurrió el Siniestro, así como cualquier préstamo que se hubiere otorgado.

Al momento del pago del Siniestro, el ASEGURADO o Beneficiarios podrán optar por delegar a la COMPAÑÍA la administración de la Suma Asegurada por medio de un mandato en administración y mediante la firma del contrato respectivo que provea la COMPAÑÍA de conformidad con la legislación vigente.

2.14 INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la COMPAÑÍA, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al ASEGURADO, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

2.15 ACUERDO DE ARBITRAJE

En caso de desacuerdo entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA acerca de la preexistencia de la enfermedad y/o padecimiento, la cuestión será sometida a dictamen de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días hábiles contados a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia. Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciera cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieren de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la COMPAÑÍA.

El acuerdo de arbitraje se regirá por lo dispuesto en el Código de Comercio en el Título de Arbitraje.

2.16 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

El ASEGURADO tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. El ASEGURADO deberá notificar el cambio por escrito a la COMPAÑÍA, indicando el nombre y porcentaje de participación del nuevo Beneficiario. Para que la designación surta efecto deberá notificarse por escrito a la COMPAÑÍA, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios designados en la póliza de los cuales haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato de Seguro. La COMPAÑÍA

notificará al ASEGURADO de este cambio a través de un Endoso.

El ASEGURADO podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la COMPAÑÍA y que conste en la presente Póliza, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de beneficiario irrevocable.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del ASEGURADO.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del ASEGURADO. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el ASEGURADO mueran simultáneamente.

"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 a 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 tendrá 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."

2.17 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años, tratándose de fallecimiento y dos años en los demás casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA solamente suspende la prescripción.

2.18 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. o en 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 68 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 que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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 o directamente ante el citado juez.

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE)

Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre 11, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348
Teléfono: (55) 1103 7000
Correo: consultasyquejas@prudential.com
Horarios de atención: Lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):

Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.
Dirección de internet: www.condusef.gob.mx
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el territorio nacional: 800 999 8080

2.19 DIVIDENDOS.

Este Contrato de Seguro no otorga dividendos.

2.20 MONEDA

Los valores de la presente póliza, estarán expresados en la moneda de contratación seleccionada, es decir, dólar o UDI; sin embargo todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro por parte del CONTRATANTE a la COMPAÑÍA, o de ésta al CONTRATANTE, deberán efectuarse en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

2.21 CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Este Contrato de Seguro no se afectará si el ASEGURADO cambia de lugar de residencia u ocupación siempre que ésta sea lícita, ni por la realización de viajes posteriormente a la contratación de la Póliza.

2.22 AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Las obligaciones de la Compañía 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 de 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). Con relación a lo anterior, si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 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 empresa 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 artículo anterior". (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Con independencia de lo anterior, 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 Compañía, 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 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 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) o Asegurado(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los 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, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros. En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía 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 Compañía 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

2.23 IMPUESTO

El impuesto que como consecuencia de la legislación fiscal se derive de este seguro, correrá a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario(s) designado(s), según corresponda; la COMPAÑÍA únicamente retendrá aquellas cantidades que en su caso se establezcan en la legislación fiscal que se encuentre en vigor al momento de efectuar el pago por los diferentes conceptos que se deriven del presente Contrato de Seguro.

2.24 INTERMEDIACIÓN

Durante la Vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA 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 de Seguro. La COMPAÑÍA 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.

2.25 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL PARA EL CASO DE CELEBRACIÓN DE CONTRATO POR INTERNET

En caso de que la contratación de la presente póliza se haya llevado a cabo por internet, cuyo cobro de la prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria (mismo que se tendrá por efectuado en el momento de la autorización de cargo por parte de la Institución Bancaria), la COMPAÑÍA se obliga a proporcionar al CONTRATANTE el número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración y dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro, le entregará al Contratante la documentación relativa al Contrato de Seguro celebrado, siendo ésta la Póliza. La entrega se hará a través de cualquiera de los siguientes medios: (i) vía correo electrónico, previo al consentimiento para ello por parte del Contratante, o (ii) en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería. Lo anterior en el entendido que, para entregas a domicilio, en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

La forma en la que se hará constar la entrega de la documentación ya mencionada será como sigue: (i) cuando el envío sea por correo electrónico, la constancia va a ser a través de un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la COMPAÑÍA podrá cerciorarse de que se recibió la Póliza o (ii) cuando sea enviado al domicilio señalado al momento de la contratación la constancia de entrega será el acuse de envío de la empresa de mensajería y el acuse firmado por el CONTRATANTE. En caso de que el CONTRATANTE no reciba la documentación mencionada en esta cláusula, éste podrá acudir directamente a las oficinas de la COMPAÑÍA, cuyos domicilio se indica en la página en internet: www.prudentialseguros.com.mx/, o bien, a través de la Unidad de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia. En caso de que el CONTRATANTE desee dar por terminado el contrato de seguro deberá sujetarse a lo establecido en la cláusula de las presentes Condiciones denominada "Cancelación por parte del Contratante y/o Asegurado".

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la Vigencia, el Contratante podrá en cualquier momento solicitar que se le entregue la documentación de esta Póliza por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

2.26 REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑÍA le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La COMPAÑÍA proporcionará dicha información, por escrito o por medio electrónicos en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2.27 ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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.

2.28 FRAUDE, DOLO O MALA FE

Las obligaciones de la COMPAÑÍA quedarán extinguidas:

- Si el Asegurado o su representante, o ambos, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al siniestro.
- Si con igual propósito no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación que acredite o esté relacionada con el procedimiento del siniestro.
- Si el Asegurado o su representante, o ambos, presentan documentación apócrifa para que la COMPAÑÍA, conozca las causas y consecuencias del siniestro y/o se conduzcan con falsedad en sus declaraciones

2.29 CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene(n) la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la COMPAÑÍA. La utilización de los medios electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones de su uso. Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet la COMPAÑÍA: www.prudentialseguros.com.mx.

3 COBERTURAS

Al amparo del presente contrato de seguro el Contratante solo podrá contratar una cobertura básica, por lo que al momento de la celebración del contrato deberá seleccionar alguna entre las coberturas señaladas en las cláusulas 3.1 y 3.2, la cobertura básica que esté amparada se indicará en la Carátula de la Póliza.

Siempre que la Póliza y la Cobertura se encuentren vigentes en la fecha de ocurrencia del Siniestro, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados, los beneficios de las Coberturas contratadas y señaladas en la carátula de la Póliza y con base en lo siguiente:

3.1 COBERTURA BÁSICA TEMPORAL POR SOBREVIVENCIA O FALLECIMIENTO PARA INGRESO AL RETIRO, comercialmente ofrecido como "RETIRO PRUDENTIAL".

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, el beneficio estipulado para esta Cobertura y de conformidad a la forma de pago de la misma, enunciados posteriormente, al ocurrirle al ASEGURADO el primero de los siguientes dos eventos, siempre y cuando ocurra durante el plazo de esta Cobertura, señalado en la carátula de la Póliza:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Por sobrevivencia del ASEGURADO, al término del plazo señalado en la carátula de la Póliza.

Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Póliza y la COMPAÑÍA queda liberada de todas las obligaciones derivadas de esta Cobertura.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente:

Si el ASEGURADO sufre un estado de Invalidez Parcial y Permanente durante el plazo de esta Cobertura y hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años, lo que ocurra primero, la COMPAÑÍA eximirá del pago de Primas correspondiente a esta Cobertura al CONTRATANTE.

La exención de pago de Primas aplicará desde la fecha de pago inmediata posterior a que la Invalidez Parcial y Permanente haya sido dictaminada, hasta la fecha de término de pago de Primas de esta Cobertura. La Póliza quedará vigente y el ASEGURADO gozará de los mismos beneficios que esta Cobertura le otorga.

Beneficio y forma de pago.

a) Por Fallecimiento del ASEGURADO:

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados, lo que resulte mayor entre 100 veces la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura o el Valor de Rescate a que tuviera derecho el CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de cancelación al momento del fallecimiento. En el entendido que este monto solo aplicará si el fallecimiento del ASEGURADO ocurre durante el plazo de Vigencia de esta Cobertura.

b) Por Sobrevivencia del ASEGURADO al término del plazo señalado en la carátula de la Póliza para esta Cobertura:

A la sobrevivencia del ASEGURADO al término del plazo señalado en la carátula de la Póliza para esta Cobertura, el ASEGURADO podrá elegir por cualquiera de las siguientes opciones de pago de la Suma Asegurada:

- a) El ASEGURADO tendrá derecho a recibir mensualmente y de por vida la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura. Si el ASEGURADO fallece antes de cumplirse 10 años de pagos mensuales, los Beneficiarios designados tendrán derecho a seguir recibiendo la Suma Asegurada de manera mensual hasta que se cumpla el plazo de 10 años de pagos mensuales garantizados. Si el fallecimiento ocurre posteriormente, la COMPAÑÍA quedará liberada de todas las obligaciones derivadas por esta Cobertura.

Para seleccionar esta opción el asegurado en ningún caso podrá tener menos de cincuenta y cinco años de edad.

- b) El ASEGURADO tendrá derecho a recibir en una sola exhibición, el monto equivalente al valor presente actuarial de las mensualidades futuras de la opción a). Este monto se determinará como el resultado de multiplicar la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura por el factor: _____

Nota: Este factor cambia de acuerdo con el sexo del ASEGURADO, así como del plazo y la moneda de contratación de la Cobertura. Por tanto, al momento de imprimirse el Contrato de Seguro para el ASEGURADO y/o CONTRATANTE, únicamente aparecerá el factor que le corresponda.

Lo anterior de conformidad con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

- c) El ASEGURADO podrá recibir en forma proporcional los beneficios del punto a) y b) anteriores de acuerdo con los porcentajes que el ASEGURADO elija para cada opción.

Lo anterior en el entendido que, una vez iniciado el pago de la Suma Asegurada en forma mensual, el ASEGURADO no podrá solicitar ninguna modificación al esquema de pagos.

Esta cobertura no se puede contratar simultáneamente con la cobertura 3.2, pues sólo puede ser una de las dos durante la vigencia de la Póliza.

3.2 COBERTURA BÁSICA TEMPORAL POR SOBREVIVENCIA O FALLECIMIENTO PARA INGRESO AL RETIRO CON BENEFICIOS FISCALES, comercialmente ofrecido como "RETIRO PRUDENTIAL con BENEFICIO FISCAL Art. 151 fracción V o Art. 185 LISR".

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, el beneficio estipulado para esta Cobertura y de conformidad a la forma de pago de la misma, enunciados posteriormente, al ocurrirle al ASEGURADO el primero de los siguientes dos eventos, siempre y cuando ocurra durante el plazo de esta Cobertura, señalado en la carátula de la Póliza:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Por sobrevivencia del ASEGURADO, al término del plazo señalado en la carátula de la Póliza.

Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Póliza y la COMPAÑÍA queda liberada de todas las obligaciones derivadas de esta Cobertura.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente:

Si el ASEGURADO sufre un estado de Invalidez Parcial y Permanente durante el plazo de esta Cobertura y hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años, lo que ocurra primero, la COMPAÑÍA eximirá del pago de Primas correspondiente a esta Cobertura al CONTRATANTE.

La exención de pago de Primas aplicará desde la fecha de pago inmediata posterior a que la Invalidez Parcial y Permanente haya sido dictaminada, hasta la fecha de término de pago de Primas de esta Cobertura. La Póliza quedará vigente y el ASEGURADO gozará de los mismos beneficios que esta Cobertura le otorga.

Beneficio y forma de pago.

a) Por Fallecimiento del ASEGURADO:

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados lo que resulte mayor entre 100 veces la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura o el Valor de Rescate a que tuviera derecho el CONTRATANTE o ASEGURADO en caso de cancelación al momento del fallecimiento. En el entendido que este monto solo aplicará si el fallecimiento del ASEGURADO ocurre durante el plazo de Vigencia de esta Cobertura.

b) Por Sobrevivencia del ASEGURADO al término del plazo señalado en la carátula de la Póliza para esta Cobertura.

A la sobrevivencia del ASEGURADO al término del plazo señalado en la carátula de la Póliza para esta Cobertura, el ASEGURADO podrá elegir por cualquiera de las siguientes opciones de pago de la Suma Asegurada:

- a) El ASEGURADO tendrá derecho a recibir mensualmente y de por vida la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura. Si el ASEGURADO fallece antes de cumplirse 10 años de pagos mensuales, los Beneficiarios designados tendrán derecho a seguir recibiendo la Suma Asegurada de manera mensual hasta que se cumpla el plazo de 10 años de pagos mensuales garantizados. Si el fallecimiento ocurre posteriormente, la COMPAÑÍA quedará liberada de todas las obligaciones derivadas por esta Cobertura.
- b) El ASEGURADO tendrá derecho a recibir en una sola exhibición, el monto equivalente al valor presente actuarial de las mensualidades futuras de la opción a). Este monto se determinará como el resultado de multiplicar la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura por el factor: _____

Nota: Este factor cambia de acuerdo con el sexo del ASEGURADO, así como del plazo y la moneda de contratación de la Cobertura. Por tanto, al momento de imprimirse el Contrato de Seguro para el ASEGURADO y/o CONTRATANTE, únicamente aparecerá el factor que le corresponda.

Lo anterior de conformidad con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

- c) El ASEGURADO podrá recibir en forma proporcional los beneficios del punto a) y b) anteriores de acuerdo con los porcentajes que el ASEGURADO elija para cada opción.

Lo anterior en el entendido que, una vez iniciado el pago de la Suma Asegurada en forma mensual, el ASEGURADO no podrá solicitar ninguna modificación al esquema de pagos.

Beneficios Fiscales:

Para efectos fiscales, la Prima de esta Cobertura está integrada por los siguientes dos componentes que se encuentran señalados en la carátula de Póliza y en los Recibos de Pago de Primas:

- a) Prima por fallecimiento. Componente de la Prima destinado a cubrir el riesgo de fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Prima para el Retiro. Componente de la Prima destinado a cubrir la sobrevivencia del ASEGURADO.

El CONTRATANTE podrá hacer deducible de impuestos el componente de la Prima para el Retiro, en los términos del Artículo 151 fracción V o del Artículo 185 de la Ley del Impuesto sobre la Renta y demás disposiciones fiscales aplicables que en su momento se expidan.

Lo anterior, de acuerdo con la opción que el CONTRATANTE elija y que se encuentre estipulado en la carátula de Póliza, en los Recibos de Pago de Primas y en el Endoso correspondiente.

Es responsabilidad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario(s) designado(s), según sea el caso, cumplir con las disposiciones fiscales que establezcan los límites, restricciones y obligaciones que le sean aplicables para la deducibilidad de su Prima para el Retiro; así como de realizar la acumulación del pago que reciba por los diferentes conceptos que se deriven del presente Contrato de Seguro en sus ingresos del año. Lo anterior, de acuerdo con lo que establezca la legislación fiscal vigente al momento en que la COMPAÑÍA efectúe el pago correspondiente.

Esta cobertura no se puede contratar simultáneamente con la cobertura 3.1, pues sólo puede ser una de las dos durante la vigencia de la Póliza.

Transcripción del Artículo 185 de la Ley del Impuesto sobre la Renta:

"Los contribuyentes a que se refiere el Título IV de esta Ley, que efectúen depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro, realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro, o bien, adquieran acciones de los fondos de inversión que sean identificables en los términos que señale el Servicio de Administración Tributaria mediante disposiciones de carácter general, podrán restar el importe de dichos depósitos, pagos o adquisiciones, de la cantidad a la que se le aplicaría la tarifa del artículo 152 de esta Ley de no haber efectuado las operaciones mencionadas, correspondiente al ejercicio en que éstos se efectuaron o al ejercicio inmediato anterior, cuando se efectúen antes de que se presente la declaración respectiva, de conformidad con las reglas que a continuación se señalan:

- I. El importe de los depósitos, pagos o adquisiciones a que se refiere este artículo no podrán exceder en el año de calendario de que se trate, del equivalente a \$152,000.00, considerando todos los conceptos.
Las acciones de los fondos de inversión a que se refiere este artículo quedarán en custodia del fondo de inversión al que correspondan, no pudiendo ser enajenadas a terceros, reembolsadas o recompradas por dicho fondo, antes de haber transcurrido un plazo de cinco años contado a partir de la fecha de su adquisición, salvo en el caso de fallecimiento del titular de las acciones.
- II. Las cantidades que se depositen en las cuentas personales, se paguen por los contratos de seguros, o se inviertan en acciones de los fondos de inversión, a que se refiere este artículo, así como los intereses, reservas, sumas o cualquier cantidad que obtengan por concepto de dividendos, enajenación de las acciones de los fondos de inversión, indemnizaciones o préstamos que deriven de esas cuentas, de los contratos respectivos o de las acciones de los fondos de inversión, deberán considerarse, como ingresos acumulables del contribuyente en su declaración correspondiente al año de calendario en que sean recibidas o retiradas de su cuenta personal especial para el ahorro, del contrato de seguro de que se trate o del fondo de inversión del que se hayan adquirido las acciones. En ningún caso la tasa aplicable a las cantidades acumulables en los términos de esta fracción será mayor que la tasa del impuesto que hubiera correspondido al contribuyente en el año en que se efectuaron los depósitos, los pagos de la prima o la adquisición de las acciones, de no haberlos recibido.

En los casos de fallecimiento del titular de la cuenta especial para el ahorro, del asegurado o del adquirente de las acciones, a que se refiere este artículo, el beneficiario designado o heredero estará obligado a acumular a sus ingresos, los retiros que efectúe de la cuenta, contrato o fondo de inversión, según sea el caso.

Las personas que hubieran contraído matrimonio bajo régimen de sociedad conyugal, podrán considerar la cuenta especial o la inversión en acciones a que se refiere este artículo, como de ambos cónyuges en la proporción que les corresponda, o bien de uno solo de ellos, en cuyo caso los depósitos, inversiones y retiros se considerarán en su totalidad de dichas personas. Esta opción se deberá ejercer para cada cuenta o inversión al momento de su apertura o realización y no podrá variarse.

Los contribuyentes que realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro y además aseguren la vida del contratante, no podrán efectuar la deducción a que se refiere el primer párrafo de este artículo por la parte de la prima que corresponda al componente de vida. La institución de seguros deberá desglosar en el contrato de seguro respectivo la parte de la prima que cubre el seguro de vida. A la cantidad que pague la institución de seguros a los beneficiarios designados o a los herederos como consecuencia del fallecimiento del asegurado se le dará el tratamiento que establece el artículo 93,

fracción XXI, primer párrafo de esta Ley por la parte que corresponde al seguro de vida. Las instituciones de seguros que efectúen pagos para cubrir la prima que corresponda al componente de vida con cargo a los fondos constituidos para cubrir la pensión, jubilación o retiro del asegurado, deberán retener como pago provisional el impuesto que resulte en los términos del artículo 145 de esta Ley.

Lo establecido en este artículo será aplicable siempre que las instituciones de crédito, tratándose de depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro; las instituciones de seguros, en el caso de los pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro; así como los intermediarios financieros, para el supuesto de adquisición de acciones de fondos de inversión, estén inscritos en el Registro que al efecto lleve el Servicio de Administración Tributaria, de conformidad con las reglas de carácter general que para tales efectos emita".

Exclusión de Préstamos:

Se hace constar que, para la Cobertura Temporal por Sobrevivencia o Fallecimiento para Ingreso al Retiro con Beneficios Fiscales, se deja sin efectos la cláusula de Préstamos ubicada en el apartado 2.5 VALORES GARANTIZADOS.

Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en artículo 304 fracción XI del Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta, cuyo párrafo se anexa a continuación:

"XI. Los planes de pensiones contenidos en el contrato de seguro, no podrán otorgar préstamos con garantía de las reservas matemáticas y en administración."

3.3 COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS, comercialmente ofrecido como "MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS".

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, si el ASEGURADO sufre una Muerte Accidental durante el plazo de esta Cobertura señalado en la carátula de la Póliza.

Si el ASEGURADO sufre una pérdida orgánica a consecuencia de un Accidente durante el plazo de esta Cobertura señalado en la carátula de la Póliza, la COMPAÑÍA le pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza para esta Cobertura:

Por la pérdida de:	Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, en conjunto con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Por Muerte Accidental del Asegurado	100%

En el entendido que al ocurrir más de una pérdida de acuerdo con las definiciones de la tabla inmediata anterior o al ocurrir la Muerte Accidental, solamente se pagará el 100% de la Suma Asegurada contratada.

En caso de pérdidas orgánicas, la COMPAÑÍA Seguros realizará la indemnización correspondiente y cancelará esta Cobertura a los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del Accidente. Una vez transcurrido el plazo señalado, en caso de que el pago de la indemnización correspondiente no agote la Suma Asegurada contratada para esta

PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO S.A. DE C.V.

Av. Santa Fe 428, piso 7 | DownTown Torre II | Colonia Santa Fe Cuajimalpa | 05348 | CDMX
Tel.: (55) 1103 7000 | Fax: (55) 1103 7000

Cobertura, la COMPAÑÍA le devolverá al CONTRATANTE o ASEGURADO un porcentaje de la reserva matemática de esta Cobertura. Este porcentaje será el equivalente a la proporción de la Suma Asegurada no agotada con respecto de la Suma Asegurada de la Cobertura. Lo anterior de acuerdo con los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica correspondiente.

Se dará por cancelada esta Cobertura y todos los derechos derivados de ésta, en los siguientes casos:

- Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO;
- Si el ASEGURADO sufre una pérdida orgánica y hubiesen transcurrido los noventa (90) días posteriores al Accidente que le dio origen.

Si el ASEGURADO sobrevive al término del plazo de la Cobertura o no sufre una pérdida orgánica durante dicho plazo, la protección terminará sin obligación alguna para la COMPAÑÍA.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente:

Si el ASEGURADO sufre un estado de Invalidez Parcial y Permanente durante el plazo de esta Cobertura y hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años, lo que ocurra primero, la COMPAÑÍA eximirá del pago de Primas correspondiente a esta Cobertura al CONTRATANTE.

La exención de pago de Primas aplicará desde la fecha de pago inmediata posterior a que la Invalidez Parcial y Permanente haya sido dictaminada, hasta la fecha de término de pago de Primas de esta Cobertura. La Póliza quedará vigente y el ASEGURADO gozará de los mismos beneficios que esta Cobertura le otorga.

3.4 COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL POR INVALIDEZ, comercialmente conocido como "INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE".

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura en una sola exhibición, al sufrir el ASEGURADO un estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando éste ocurra hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años; siempre y cuando ocurra durante el plazo de esta Cobertura, señalado en la carátula de la Póliza.

Al decretarse el estado de Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Cobertura y la COMPAÑÍA queda liberada de todas las obligaciones derivadas de esta Cobertura.

Si el ASEGURADO no presenta estado de Invalidez Total y Permanente en dicho plazo, la protección terminará sin obligación alguna para la COMPAÑÍA.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente:

Si el ASEGURADO sufre un estado de Invalidez Parcial y Permanente durante el plazo de esta Cobertura y hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años, lo que ocurra primero, la COMPAÑÍA eximirá del pago de Primas correspondiente a esta Cobertura al CONTRATANTE.

La exención de pago de Primas aplicará desde la fecha de pago inmediata posterior a que la Invalidez Parcial y Permanente haya sido dictaminada, hasta la fecha de término de pago de Primas de esta Cobertura. La Póliza quedará vigente y el ASEGURADO gozará de los mismos beneficios que esta Cobertura le otorga.

3.5 BENEFICIO ADICIONAL ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS:

Al fallecimiento del ASEGURADO, con la sola presentación de esta Póliza y del certificado médico de defunción, salvo restricción legal en contrario y siempre que hubieren transcurrido más de dos años desde su expedición o su última rehabilitación y/o de la contratación de aumentos de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA realizará un anticipo cuyo monto máximo será el equivalente a la Suma Asegurada alcanzada de las Coberturas

correspondiente al Beneficiario que reclame este anticipo o el monto máximo para este anticipo establecido por la COMPAÑÍA de acuerdo con sus políticas internas. Lo anterior, en el entendido de que, si no han transcurrido dos años desde el último incremento de la Suma Asegurada, en caso de que hubiere, este incremento no se tomará en cuenta para establecer el límite de este beneficio.

La cantidad que por este concepto pague la COMPAÑÍA será descontada de la indemnización a que tenga derecho el Beneficiario al que se le otorgó el anticipo.

3.6 BENEFICIO ADICIONAL ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL:

A solicitud del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará el Anticipo por Enfermedad Terminal previsto en esta cláusula, siempre y cuando haya recibido por primera vez y durante la Vigencia de la misma, un diagnóstico de Enfermedad Terminal.

Dicho adelanto nunca podrá ser mayor a la indemnización a que tuvieron derecho los Beneficiarios en caso de fallecimiento del ASEGURADO por las Coberturas contratadas estipuladas en la carátula de la Póliza. Asimismo, este monto no podrá exceder el máximo para este anticipo establecido por la COMPAÑÍA de acuerdo con sus políticas internas. En caso de que, el monto del anticipo sea menor a la Suma Asegurada a pagar en caso de fallecimiento por todas las Coberturas contratadas, las obligaciones de la COMPAÑÍA se reducirán en forma proporcional al anticipo pagado para cada una de las Coberturas que se tomaron en consideración para realizar dicho pago. Lo anterior, en el entendido que, si posterior al pago del anticipo ocurre el fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA deducirá del pago de la indemnización a los Beneficiarios el anticipo realizado.

En el caso que el monto del anticipo sea equivalente a la indemnización a que tuvieron derecho los Beneficiarios la protección derivada de las Coberturas contratadas terminará sin obligación alguna para la COMPAÑÍA.

Corresponde al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, proveer pruebas a la COMPAÑÍA de la enfermedad Terminal del ASEGURADO. Estas pruebas deben incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y que, además, no tenga parentesco hasta el 2° grado consanguíneo con el ASEGURADO.

Asimismo, también deberán facilitar cualquier comprobación, incluso la realización de hasta dos exámenes médicos practicados por facultativos designados por la COMPAÑÍA, cuyos gastos serán a cargo de ésta.

Este anticipo se podrá hacer válido, siempre y cuando haya transcurrido el período de disputabilidad de la Póliza, esto es, dos años.

En caso de que en la Póliza se hayan designado Beneficiarios irrevocables, éstos deberán notificar a la COMPAÑÍA que están de acuerdo en que el ASEGURADO haga uso de este beneficio.

4 EXCLUSIONES.

4.1 FALLECIMIENTO.

SUICIDIO.

En caso de fallecimiento por suicidio del ASEGURADO, ocurrido dentro de los dos primeros años de Vigencia de esta Póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del mismo, la COMPAÑÍA solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

En caso de rehabilitación y/o incremento adicional de Suma Asegurada no estipulados en el Contrato de Seguro original, el período de dos años a que se refiere el párrafo anterior correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza y/o hubiere sido aceptado el incremento por la COMPAÑÍA. En este último caso sólo por lo que se refiere al incremento.

4.2 COBERTURAS CON MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.

La aplicación del beneficio no procederá cuando el fallecimiento del

ASEGURADO sea a consecuencia de:

- **Lesiones auto infligidas por el ASEGURADO.**
- **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- **Accidentes que ocurran al participar el ASEGURADO en: pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo o alpinismo profesional.**
- **Accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.**
- **Por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- **Homicidio del ASEGURADO, cuando éste se encuentre**

participando directamente en actos delictivos.

4.3 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE.

El goce de los beneficios por invalidez no se concederá si la invalidez es a consecuencia de:

- **Lesiones o enfermedades que se provoquen deliberadamente el propio ASEGURADO.**
- **Enfermedades psiquiátricas con o sin manifestaciones psicosomáticas.**
- **Lesiones o enfermedades por la participación del ASEGURADO en guerras, rebeliones, revoluciones o insurrecciones.**
- **La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que, al ocurrir el Accidente, el ASEGURADO viajase como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación legalmente autorizada para transportar pasajeros y sujeta a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos.**
- **Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se derive de un Accidente.**
- **Intento de Suicidio cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoquen.**
- **Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- **Lesiones sufridas en riña, siempre y cuando el ASEGURADO haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en los que haya participado directamente el ASEGURADO.**
- **Lesiones sufridas mientras el ASEGURADO se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, charrería, pesca, caza, esquí (nieve y acuático), alpinismo, buceo, tauromaquia, así como el**

uso de vehículos de montaña, cualquier clase de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar profesionales.

- **Accidentes o lesiones que se originen por culpa grave del ASEGURADO debido a que esté bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similares; así como en estado de ebriedad.**

Invitación para Consultar al RECAS

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: 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 8 de diciembre de 2021, con el número **CNSF-S0106-0335-2021//CONDUSEF-005016-02**".*

"Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos (55) 1103-1000 y en el interior de la república al 800-00-54-33, y/o al correo electrónico consultasyquejas@prudential.com o visite www.prudentialseguros.com.mx; o bien, comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 534009999 en la Ciudad de México y del interior de la república al 01 800 999 8080, y/o al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx."

Para consulta de abreviaturas de uso no común de los productos de esta Compañía, visite www.prudentialseguros.com.mx, para tener acceso al Glosario.

*Para consultar las disposiciones legales citadas en las presentes condiciones generales acceda a través de la siguiente ruta en nuestra página electrónica de Internet:
https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/condiciones/Glosario_CG_1.pdf*

Nombre y domicilio del CONTRATANTE		PÓLIZA NO.	Número Póliza
Nombre Contratante		RFC	
Dirección		RFC Contratante	
Colonia, Municipio		CURP	
Ciudad, Estado		CURP Contratante	
Código Postal, País			

Nombre y domicilio del ASEGURADO		RFC	CURP
		RFC Asegurado	CURP Asegurado
Nombre asegurado		Edad	Sexo
Dirección		Edad asegurado	Sexo Asegurado
Colonia, Municipio		Forma de pago	Moneda
Ciudad, Estado		Forma de pago	Moneda
Código Postal, País			

Año de vigencia	Pagado Hasta	Valor de Rescate	Seguro Saldado	
			Suma Asegurada	Cubierto Hasta
Vigencia 1	Fecha 1	Monto 1	Monto 1	Fecha 1
Vigencia 2	Fecha 2	Monto 2	Monto 2	Fecha 2
...
Vigencia n	Fecha n	Monto n	Monto N	Fecha n

"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 febrero del 2018, con el número de registro CGEN-S0106-0008-2018."

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, con número G-00995-001 de fecha 13 de abril de 2018.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
Edad	Sexo	Fecha de nacimiento
Forma de pago	Moneda	Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha
-----------------------------------	-------	-------

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

Se hace constar que a partir de DD/MM/AAAA se modifica la siguiente información
 XXXXXXXXXXXX con los datos como sigue:
 XXXXXXXXXXXX

Si como resultado de la modificación en la información, la prima, la suma asegurada, los valores de rescate y/o la suma asegurada del seguro saldado cambian, entonces se deberán considerar los siguientes:
 XXXXXXXXXXXX

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anejos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

Se adjudica el beneficio XXXXX con una suma asegurada XXXXX a partir de DD/MM/AAAA

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adhieren prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.	
	RFC	
	CURP	

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC		CURP
	Edad	Sexo	Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda	Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.** _____

Se hace constar que:

Se elimina el beneficio XXXXX a partir de DD/MM/AAAA

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adhieren, prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

Se rehabilita la póliza a partir de DD/MM/AAAA

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adhieren prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC		CURP
	Edad	Sexo	Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda	Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anejos.

ENDOSO No.

Se hace constar que:

El asegurado arriba señalado haciendo uso de los valores garantizados a los que tiene derecho, ha realizado la conversión de su póliza a Seguro Saldado quedando protegido sin más pago de prima por el periodo, coberturas y sumas aseguradas que se señala en la tabla de valores garantizados a los cuales tiene derecho el asegurado.

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adhieren prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC		CURP
	Edad	Sexo	Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda	Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anejos.

ENDOSO No.

Se hace constar que:

El asegurado arriba señalado habiendo presentado pruebas fehacientes de su estado de Invalidez Parcial y Permanente queda eximido del pago de primas a partir del DD/MM/AAA, quedando amparadas las coberturas que aparecen en la carátula de la póliza, así como sus respectivas sumas aseguradas. Los demás términos y condiciones continúan sin modificación. El periodo que ampara el presente endoso será del DD/MM/AAAA al DD/MM/AAAA

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO
■ DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Fecha de Nacimiento _ _ / _ _ / _ _
Ocupación Actual (describa a detalle sus labores actuales)	Peso	Estatura

El motivo por el que se canceló mi póliza es:

¿Actualmente practica deportes de alto riesgo? Se consideran deportes de alto riesgo: carreras de autos; motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo en ala delta, esquí en nieve o acuático, rafting o cualquier otro similar. En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario correspondiente a Deportes Peligrosos.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	---

¿Viaja y/o tiene planeado viajar en los próximos 12 meses a bordo de cualquier aeronave privada (se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios fijos)? En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario de Aviación.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
---	---

 ¿Consume bebidas alcohólicas? No Sí Frecuencia _____ (día, semana, mes y año) Cantidad _____

 Tipo (cerveza, vino, tequila, etc.) _____ ¿Usa o ha usado drogas? No Sí

En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario de drogas psicoactivas.

Indique si ha tenido tratamiento o consulta médica por:

1.	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.	Desórdenes nerviosos o mentales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	Desórdenes de cerebro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4.	Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5.	Enfermedades respiratorias o de pulmones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6.	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7.	Colesterol y/o triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
8.	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
9.	Cáncer o tumor de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10.	Presión sanguínea alta o baja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12.	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13.	Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
14.	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o enfermedades asociadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
15.	Conteste sólo si la asegurada es mujer, ¿Está usted embarazada? Tiempo de gestación _____ Complicaciones _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas de la 1 a la 15, favor de proporcionar todos los detalles que se solicitan a continuación:

Número de pregunta	Enfermedad o causa	Fecha de diagnóstico	Tratamiento	Duración de enfermedad	Complicaciones y/o secuelas	Nombre y especialidad del médico tratante

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido, podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a la Compañía toda la información que se requiera, tales como resultados de estudio de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a la Compañía, la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original.

Este documento sólo constituye una solicitud de rehabilitación y por lo tanto no garantiza su aceptación por parte de la Compañía de Seguros. Para que esta rehabilitación surta efecto, además de requerir la aprobación del área de Suscripción, se requiere el pago de todas las primas que se encuentren pendientes.

Las declaraciones de este formato tienen una validez de un mes a partir de la fecha de de la firma del mismo.

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

Firma del Asegurado _____

Lugar _____ Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de abril de 2016, con el número CGEN-S0106-0039-2016.

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____



No. de Solicitud _____

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 deben 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 nombre 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.

Indique en la siguiente sección su designación de beneficiarios anulando con una línea los espacios no empleados.

Solicitud	Beneficiario Número	Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Nacionalidad	Irrevocable
2	1				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	4				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	6				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud	Beneficiario Número	Parentesco o relación con el Solicitante	%	¿Domicilio igual al del solicitante? En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado).
2	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	6			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud	Beneficiario Número	Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Nacionalidad	Irrevocable
3	1				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	4				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	6				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud	Beneficiario Número	Parentesco o relación con el Solicitante	%	¿Domicilio igual al del solicitante? En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)
3	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	6			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud	Beneficiario Número	Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Nacionalidad	Irrevocable
4	1				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	4				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	6				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud	Beneficiario Número	Parentesco o relación con el Solicitante	%	¿Domicilio igual al del solicitante? En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)
4	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	6			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Los porcentajes de participación de los Beneficiarios deben sumar 100%.

SOLICITUD 2 MONEDA
FRECUENCIA

PESOS
 ANUAL

DÓLARES
 SEMESTRAL

UDI
 TRIMESTRAL

MENSUAL

Solicitud	Cobertura Básica			Coberturas Adicionales	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	
2	<input type="checkbox"/> Garantía Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential Premium	<input type="checkbox"/> Respaldo Prudential <input type="checkbox"/> Respaldo Prudential Premium <input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Retiro Prudential <input type="checkbox"/> Retiro Prudential con beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac.V	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente				
				<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves Plus <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce			
				<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V				
	<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V							
	<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V							
	<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V							
	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada					

Solicitud	Planes Complementarios	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
2	1				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	2				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	3				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	4				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	5				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	

Solicitud	Planes Complementarios	Suma Asegurada	Prima
2	<input type="checkbox"/> Reserva Prudential		

SOLICITUD 3 MONEDA
FRECUENCIA

PESOS
 ANUAL

DÓLARES
 SEMESTRAL

UDI
 TRIMESTRAL

MENSUAL

Solicitud	Cobertura Básica			Coberturas Adicionales	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	
3	<input type="checkbox"/> Garantía Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential Premium	<input type="checkbox"/> Respaldo Prudential <input type="checkbox"/> Respaldo Prudential Premium <input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Retiro Prudential <input type="checkbox"/> Retiro Prudential con beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac.V	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente				
				<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves Plus <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugías	<input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce			
				<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V				
	<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V							
	<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V							
	<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V							
	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada					

Solicitud	Planes Complementarios	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
3	1				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	2				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	3				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	4				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	5				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	

Solicitud	Planes Complementarios	Suma Asegurada	Prima
3	<input type="checkbox"/> Reserva Prudential		

SOLICITUD 4 MONEDA
FRECUENCIA

PESOS
 ANUAL

DÓLARES
 SEMESTRAL

UDI
 TRIMESTRAL

MENSUAL

Solicitud	Cobertura Básica			Coberturas Adicionales	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada
4	<input type="checkbox"/> Garantía Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential <input type="checkbox"/> Bienestar Prudential Premium <input type="checkbox"/> Respaldo Prudential <input type="checkbox"/> Respaldo Prudential Premium <input type="checkbox"/> Vida Prudential Premium <input type="checkbox"/> Retiro Prudential <input type="checkbox"/> Retiro Prudential con beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac.V			<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente			
				<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves Plus <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugías			
				<input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce			
				<input type="checkbox"/> Retiro Plus <input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			
				<input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			
	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			

Solicitud	Planes Complementarios	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
4	1				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	2				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	3				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	4				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
	5				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	

Solicitud	Planes Complementarios	Suma Asegurada	Prima
4	<input type="checkbox"/> Reserva Prudential		

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE SOLICITUD

Favor de firmar lo más parecido al documento de identificación que nos ha proporcionado, con el fin de evitar futuros requerimientos (en caso de discrepancia en la firma).

Nombre y firma del Solicitante

Nombre y firma del

Contratante Lugar: _____

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No entregue pago de primas en efectivo, por su seguridad y la de su Agente, Prudential Seguros México no recibe este tipo de pagos y su Agente no puede recibirle efectivo ni depósitos a sus cuentas personales.

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 5 de agosto de 2021 con el número CGEN-S0106-0082-2021/CONDUSEF-G-00739-006.