



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)

Genero

F M

Fecha de Nacimiento

DDMM/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

DDMM/AAAA

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 DDMM/AAAA	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento	CURP DDMM/AAAA
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Vigencia DDMM/AAAA
Nombre y giro de la empresa donde labora			Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)	
Ingreso anual \$ Pesos (antes de impuestos)		Ingresos adicionales (especificar origen) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anualmente asciende a \$		

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

Sí No

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Moral

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

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)	
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%.

■ 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 DECLARACIONES

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)

A. En caso de haber seleccionado la Cobertura Adicional de Diabetes, deberá responder la siguiente sección, en caso de omitir alguna respuesta se entenderá como seleccionada la opción "no".

1. ¿Se le ha diagnosticado pre-diabetes, glucosa anormal en ayunas, intolerancia a la glucosa, diabetes tipo 1 o 2 o diabetes gestacional?

Sí No

2. ¿Tiene dos o más familiares en primer grado (padres o hermanos) con diabetes mellitus?

Sí No

3. ¿Se le han encontrado alguna vez niveles elevados de glucosa en sangre o de glucosa en un examen de orina?

Sí No

B. En caso de haber seleccionado la Cobertura Adicional de Intervenciones Quirúrgicas, debe responder las siguientes preguntas, en caso de omitir las respuestas se entenderán como seleccionadas la opción "no":

1.-Al momento actual ¿goza de buena salud y no tiene pendiente o programada alguna cirugía ni tiene conocimiento de que pudiera ser requerida para el tratamiento de algún padecimiento, lesión o enfermedad que se le haya diagnosticado previamente? Sí No

2.-¿Ha padecido enfermedades cardíacas, cáncer o tumores malignos de cualquier clase? Sí No

3.-¿Participa en deportes o actividades consideradas como peligrosas? Sí No

C. En caso de que la Suma Asegurada para la cobertura de Intervenciones Quirúrgicas sea superior a \$100,000 pesos, deberá responder las siguientes preguntas, en caso de omitir las respuestas se entenderán como seleccionadas la opción "no":

1.-Al momento actual ¿goza de buena salud y no tiene pendiente o programada alguna cirugía ni tiene conocimiento de que pudiera ser requerida para el tratamiento de algún padecimiento, lesión o enfermedad que se le haya diagnosticado previamente? Sí No

2.-¿Padece o ha padecido enfermedades cardíacas o del ritmo del corazón, cáncer o tumores de cualquier clase, miomas o fibromas en útero, enfermedades o quistes de los ovarios, hernias, nódulos o crecimiento de la tiroides? Sí No

3.-¿Participa en deportes o actividades consideradas como peligrosas? Sí No

El Contratante y el (los) Asegurado(s) están obligados a declarar, por escrito, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8°, 9°, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro ya se hubiere realizado, el Contratante que conozca esta circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas ya pagadas a la Compañía y estará obligado al reembolso de los gastos generados por ésta última, de conformidad con lo establecido en el artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

■ 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			

Decreciente

MONEDA PESOS
 FRECUENCIA ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

Cobertura Básica			Coberturas Adicionales Opcionales	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada
Gastos Funerarios			<input type="checkbox"/> Diabetes			
			<input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas			
Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada				

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.

El Contratante y el (los) Asegurado(s) están obligados a declarar, por escrito, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8°, 9°, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad
A través de los siguientes medios:

Correo SMS Teléfono Todas las anteriores

CONTRATANTE

Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad
A través de los siguientes medios:

Correo SMS Teléfono Todas las anteriores

Le recordamos que el producto que se pretende adquirir bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o limitantes de cobertura, los cuales puede consultar en las respectivas condiciones generales, disponibles en nuestra página web:

<https://www.prudentialseguros.com.mx>

CONSENTIMIENTO PARA ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este Contrato de Seguro, en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del 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|MM|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 **19 de enero del 2022** con el número **CNSF-S0106-0410-2021 /CONDUSEF- 004719-04** .

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)	

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

Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

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 01-800-000-54-33, 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

**Condiciones Generales
"GASTOS FUNERARIOS, INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS Y/O DIABETES"**

Muestra sin valor

CONCEPTO	ÍNDICE	PÁGINA
1	DEFINICIONES.....	1
1.1	ASEGURADO	1
1.2	CONTRATANTE	1
1.3	PÓLIZA.....	1
1.4	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.....	1
1.5	VIGENCIA	1
1.6	COBERTURA.....	1
1.7	COBERTURA BÁSICA.....	1
1.8	SINIESTRO	1
1.9	SUMA ASEGURADA.....	1
1.10	PRIMA.....	2
1.11	PERIODO DE CARENCIA	2
1.12	PERÍODO DE GRACIA	2
1.13	BENEFICIARIO.....	2
1.14	ENDOSO	2
1.15	EXCLUSIONES.....	2
1.16	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.....	2
1.17	LEY	3
1.18	INTERVENCIÓN QUIRURGICA O CIRUGÍA.....	3
1.19	DIAGNOSTICO DE DIABETES	3
1.20	CULPA GRAVE.....	3
2	CLÁUSULAS GENERALES	3
2.1	NOTIFICACIONES	3
2.2	MODIFICACIONES	4
2.3	PRIMAS.....	4
2.4	REHABILITACIÓN	5
2.5	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	5
2.6	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	6
2.7	FRAUDE, DOLO O MALA FE	6
2.8	INDISPUTABILIDAD	6
2.9	EDAD DE ACEPTACIÓN	6
2.10	AVISO DEL SINIESTRO	7
2.11	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	7
2.12	PAGO DEL SINIESTRO	9
2.13	INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	9
2.14	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	10
2.15	PRESCRIPCIÓN.....	10
2.16	COMPETENCIA.....	10
2.17	MONEDA.....	11
2.18	CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	11
2.19	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	11
2.20	IMPUESTO.....	12
2.21	INTERMEDIACIÓN.....	13
2.22	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL PARA EL CASO DE CELEBRACIÓN DE CONTRATO POR INTERNET O POR CONDUCTO DE PRESTADOR DE SERVICIOS AL QUE SE REFIERE EL ART. 102 Y 103 DE LA LISP 13	
2.23	CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	14
2.24	ARBITRAJE.....	14
3	COBERTURAS.....	15

3.1	COBERTURA BÁSICA POR GASTOS FUNERARIOS	15
3.2	COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL POR DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO2	15
3.3	COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.....	15
4	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	16
5	ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.....	17
6	EXCLUSIONES	17
6.1	GASTOS FUNERARIOS	17
6.2	DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	18
6.3	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	18

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la **COMPAÑÍA**, emite las condiciones generales de la presente Póliza sobre el **ASEGURADO**, cuyo nombre figura en la Carátula de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por el mismo y/o el **CONTRATANTE**. 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 ASEGURADO

Es aquella persona física que se encuentra amparada conforme a estas condiciones generales y de acuerdo con las coberturas expresamente señaladas en la Carátula de la Póliza.

1.2 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.

1.3 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 y su cuestionario relativo; así como los Endosos, los Recibos de Pago 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.

1.4 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.

1.5 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.

1.6 COBERTURA

Es el tipo de protección contratada por el **CONTRATANTE**, bajo la cual se pueden amparar los riesgos de: Gastos Funerarios, Diabetes Mellitus tipo 2 e Intervenciones Quirúrgicas.

1.7 COBERTURA BÁSICA

Se entenderá como Cobertura Básica la que cubre los Gastos Funerarios del Asegurado.

1.8 SINIESTRO

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

1.9 SUMA ASEGURADA

Es la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza por cada Cobertura, hasta por la que tendrá responsabilidad la **COMPAÑÍA**, en caso de proceder el Siniestro.

1.10 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 la Póliza.

La prima para el período en curso, se adeudará en su totalidad aun cuando la COMPAÑÍA no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo.

1.11 PERIODO DE CARENCIA

Es el periodo que inicia a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia, durante el cual no surtirán efectos las coberturas opcionales de la Póliza, en caso de haberse contratado.

1.12 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 de ella, 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 hasta complementar la del periodo en curso.

1.13 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.

1.14 ENDOSO

Es el documento emitido por la COMPAÑÍA, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones particulares de la Póliza, así como cualquier información que afecte a ésta.

1.15 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.

1.16 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

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

- 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 o resumen 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.

En caso de desacuerdo entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA acerca de la preexistencia de padecimientos y/o enfermedades preexistentes, se resolverá conforme a lo indicado en la cláusula 2.24 ARBITRAJE.

1.17 LEY

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.18 INTERVENCIÓN QUIRURGICA O CIRUGÍA

Es todo procedimiento médicamente necesario realizado al ASEGURADO que requiera la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido o un órgano por medio de un médico legalmente facultado para ello, en un hospital autorizado ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano.

Para efectos de este seguro sólo se entenderán como intervenciones quirúrgicas las señaladas en la tabla de la cláusula 3.3 de estas condiciones generales, por lo que cualquier otra intervención quirúrgica o cirugía no indicada en tal tabla, se encuentra excluida de este seguro.

1.19 DIAGNOSTICO DE DIABETES

Se contemplará como diagnóstico de Diabetes, el Primer diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, una vez que se documenten síntomas de diabetes y al menos 2 de los 4 criterios mencionados a continuación, y el período de tiempo transcurrido entre las dos pruebas no sea mayor a 30 días naturales. Las reclamaciones serán cubiertas una vez que se haya establecido el diagnóstico en los términos mencionados y se haya iniciado tratamiento con medicamentos orales y/o insulina.

- a) Síntomas de diabetes mellitus más concentración de glucosa al azar ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
- b) Glucosa en ayunas (con al menos 8 horas de ayuno) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l).
- c) Nivel de glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa (con carga de glucosa anhidra de 75 g. disuelta en agua).
- d) Hemoglobina glucosilada (HbA1C) $\geq 6.5\%$.

1.20 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.

2 CLÁUSULAS GENERALES

2.1 NOTIFICACIONES

Cualquier notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito precisamente al último domicilio de la COMPAÑÍA.

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o Beneficiario deberá(n) 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 cambio o modificación a los formatos elaborados y registrados por la COMPAÑÍA, así como las presentes condiciones generales, deberán 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 o condiciones 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.

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 al ASEGURADO el pago de las primas cuando el CONTRATANTE que obtuvo esta póliza resulte insolvente.

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 el CONTRATANTE paga la prima fuera del periodo de gracia, aun cuando la COMPAÑÍA acepte el pago o sea realizado posteriormente por el CONTRATANTE mediante una tarjeta de crédito, débito o transferencia bancaria, tal actuación no trae consigo la revocación de la cesación de los efectos del contrato; porque es indispensable que exista una solicitud de rehabilitación y una aceptación por parte de la COMPAÑÍA, ya que sólo a partir de esta aceptación, se perfecciona el contrato y se actualizan los derechos y obligaciones de pago de la prima y riesgos, para tales efectos se deberá observar lo estipulado en la cláusula de Rehabilitación siguiente. Por lo que en caso de no existir una rehabilitación y haber recibido

alguna cantidad por concepto de prima, la COMPAÑÍA procederá a efectuar la devolución del monto que corresponda al método original de pago dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles.

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 respectivo.

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 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 pago y la solicitud de rehabilitación no exceda de ciento ochenta (180) días naturales 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 (a ser brindado por la COMPAÑÍA), 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 se considerará rehabilitado, a partir del día en que la COMPAÑÍA comunique por escrito al CONTRATANTE haber aceptado la propuesta correspondiente a través de la emisión del endoso respectivo.

2.5 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

- I. Terminación anticipada de la póliza.
 - a) En caso de que el CONTRATANTE solicite por escrito la cancelación anticipada de su Póliza la COMPAÑÍA devolverá la Prima Neta pagada no devengada (es decir la prima sin impuestos, derechos, recargos y/o gastos de adquisición). La COMPAÑÍA realizará dicha devolución al CONTRATANTE dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación mediante transferencia electrónica de dinero a una cuenta bancaria a nombre del Contratante.

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

- a) Término del plazo de Vigencia de todas las Coberturas contratadas y no se hubiere renovado la Póliza.
- b) Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la cancelación de la Póliza.
- c) Fallecimiento del ASEGURADO.
- d) Si vence el periodo de gracia y la prima no es cubierta a la COMPAÑÍA.

2.6 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.

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, aún y cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro.

La presente cláusula no será aplicada en el supuesto de que haya transcurrido el periodo de tiempo que menciona la cláusula 2.8 Indisputabilidad.

2.7 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.**

2.8 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato será indisputable, por lo que se refiere a las causales de rescisión, 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 omisas, falsas o inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que sirvieron de base para la celebración de la Póliza.

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

2.9 EDAD DE ACEPTACIÓN

Para efectos de este Contrato 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 18 años, la edad máxima tanto de contratación como de renovación es de 64 años, de forma que la edad máxima de cobertura será de 64 años.

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, rescindiré el Contrato y únicamente devolveré 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 de la Póliza.
- 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 de la Póliza. 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 de la Póliza.

2.10 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.

2.11 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.

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."

Información básica necesaria para reclamación de cualquier cobertura:

1. Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el ASEGURADO, o en su caso cada uno de los Beneficiarios (proporcionado por la COMPAÑÍA).
2. Formato de declaración del médico tratante y copia de identificación para validar la firma del formato.
3. Estado de cuenta bancario del ASEGURADO, o en su caso del Beneficiario (no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro).
4. Identificación oficial vigente:
 - i. Credencial para votar
 - ii. Pasaporte
 - iii. Cédula Profesional
 - iv. Cartilla del Servicio Militar Nacional
 - v. Tarjeta Única de Identidad Militar
 - vi. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - vii. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
 - viii. Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales

Información adicional necesaria para reclamación de la Cobertura de Gastos Funerarios:

1. Copia certificada del acta de defunción.
2. Identificación oficial vigente del ASEGURADO (si es que se tuviere para efectos de cotejo) y de los Beneficiarios:
 - a) Credencial para votar
 - b) Pasaporte
 - c) Cédula Profesional
 - d) Cartilla del Servicio Militar Nacional
 - e) Tarjeta Única de Identidad Militar
 - f) Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - g) Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
 - h) Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales
3. Certificado Médico de Defunción.
4. En su caso, historia clínica o estudios que respalde el diagnóstico del padecimiento o enfermedad que provocare el fallecimiento del ASEGURADO.
5. En su caso, copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento del ASEGURADO.

Información adicional necesaria para reclamación para Cobertura de Diagnóstico por Diabetes:

1. Original (sellado, firmado y con cédula profesional del firmante) del primer diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, expedido por un médico o un endocrinólogo certificado, con base en los siguientes criterios:

1. Síntomas de diabetes mellitus más concentración de glucosa al azar ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l).
2. Glucosa en ayunas (con al menos 8 horas de ayuno) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l).
3. Nivel de glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa (con carga de glucosa anhidra de 75 g. disuelta en agua)
4. Hemoglobina glucosilada (HbA1C) $\geq 6.5\%$.

Deben documentarse síntomas de diabetes, al menos 2 de los 4 criterios mencionados previamente y el período de tiempo transcurrido entre las dos pruebas no debe ser mayor a 30 días naturales. Las reclamaciones serán cubiertas una vez que se haya establecido el diagnóstico en los términos mencionados y se haya iniciado tratamiento con medicamentos orales y/o insulina.

2. Estudios realizados al ASEGURADO que respalden el diagnóstico de diabetes.
3. Resultado de hemoglobina glucosilada o documentación que acredite cómo y con qué se está controlando la Diabetes al ASEGURADO.

Información adicional necesaria para reclamación para cobertura de Intervenciones Quirúrgicas:

1. Informe médico que contenga el historial clínico y el diagnóstico específico de la enfermedad(es) o padecimiento(s) motivo de la Intervención Quirúrgica, y que incluya los resultados de los exámenes especializados adicionales que se hayan practicado.
2. Nota quirúrgica de la cirugía (Procedimiento realizado al asegurado durante la cirugía).
3. Resumen clínico con diagnóstico del padecimiento en hoja membretada con sello y firma de la institución.
4. Estudios de laboratorio y gabinete que correspondan al padecimiento o enfermedad motivo de la Cirugía.

2.12 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 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 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.

2.13 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, se obliga a pagar al ASEGURADO o Beneficiario 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.

2.14 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Con respecto a la Cobertura Básica por Gastos Funerarios, 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. La COMPAÑÍA notificará al ASEGURADO de este cambio a través de un Endoso. La COMPAÑÍA pagará el importe del seguro a los últimos Beneficiarios de que haya tenido conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

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, como lo prevé el Artículo 165 de la Ley.

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."

2.15 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de la Póliza de seguro prescribirán en cinco años para la cobertura de fallecimiento, y en dos años para el resto de las coberturas, 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.

2.16 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 II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348

Teléfono: (5255) 1103 7000

Correo: consultasyquejas@prudential.com

Horarios de atención: Lunes a viernes de las 8:00 a las 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

2.17 MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del CONTRATANTE a la COMPAÑÍA, o de ésta al CONTRATANTE, deberán efectuarse en moneda nacional (pesos mexicanos), conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

2.18 CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato de seguro no estará sujeto a restricción alguna, ya sea en atención al género de vida, residencia, ocupación o viajes del ASEGURADO, excepto por lo previsto por la cláusula de AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

2.19 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 del Seguro.

"El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo". (**Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

1.- 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.

11.- 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, 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 COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Con independencia de todo 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.

2.20 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.

2.21 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. 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.

2.22 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL PARA EL CASO DE CELEBRACIÓN DE CONTRATO POR INTERNET O POR CONDUCTO DE PRESTADOR DE SERVICIOS AL QUE SE REFIERE EL ART. 102 Y 103 DE LA LISF

En caso de que la contratación de la presente Póliza se haya llevado a cabo por internet o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y las fracciones I y II del artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, 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 a 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, (ii) en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería o (iii) en su caso, de manera física por conducto del prestador de servicios al momento de la contratación. 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, (ii) cuando sea enviado al domicilio señalado al momento de la contratación o (iii) por conducto del prestador de servicios, 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 cualquiera de las oficinas de la COMPAÑÍA, cuyos domicilios se indican en la página en internet: <https://www.prudentialseguros.com.mx>, o bien, a través del Centro 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 "Terminación de la Póliza".

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.

2.23 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.

2.24 ARBITRAJE

En caso de desacuerdo entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA acerca de la preexistencia de la enfermedad y/o padecimiento, el Asegurado podrá optar por someter la cuestión al 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 cubiertos contado 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 pusieran 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. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren. El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (la autoridad judicial, las partes, los peritos o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo substituya.

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

3 COBERTURAS

Siempre que la Póliza y la Cobertura se encuentren vigentes en la fecha de ocurrencia del Siniestro, la COMPAÑÍA pagará las indemnizaciones que resulten procedentes, a los Beneficiarios designados, respecto a la Cobertura de Gastos Funerarios, y al propio Asegurado, respecto a las Coberturas por Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 e Intervenciones Quirúrgicas (sólo si estas dos últimas se hubieren contratado bajo convenio expreso y aparezcan en la carátula de la Póliza), de acuerdo con lo que se señala en la Carátula de la Póliza y con base en lo siguiente:

3.1 COBERTURA BÁSICA POR GASTOS FUNERARIOS

Al fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, siempre y cuando ocurra durante el plazo de esta Cobertura, 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.

3.2 COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL POR DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO2

Pago de Suma Asegurada estipulada en la caratula de la póliza para esta cobertura opcional, al ocurrir el primer diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 por un médico o un endocrinólogo certificado, una vez que se documenten síntomas de diabetes y al menos 2 de los 4 criterios mencionados a continuación, y el período de tiempo transcurrido entre las dos pruebas no sea mayor a 30 días naturales. Las reclamaciones serán cubiertas una vez que se haya establecido el diagnóstico en los términos mencionados y se haya iniciado tratamiento con medicamentos orales y/o insulina.

1. Síntomas de diabetes mellitus más concentración de glucosa al azar $2 \geq 200$ mg/dl (11.1 mmol/l)
2. Glucosa en ayunas (con al menos 8 horas de ayuno) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l).
3. Nivel de glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa (con carga de glucosa anhidra de 75 g. disuelta en agua)
4. Hemoglobina glucosilada (HbA1C) $\geq 6.5\%$

Esta cobertura será efectiva una vez que haya transcurrido un Periodo de Carencia de 120 días (en caso de renovaciones automáticas y no haya sido indemnizada no aplicará el periodo de carencia).

Una vez realizada la indemnización de esta cobertura por diagnostico por diabetes se cancelará, continuando las demás coberturas contratadas. Sin embargo, no se permitirá la renovación de la póliza al siguiente año.

3.3 COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura opcional, a la primer intervención quirúrgica realizada al ASEGURADO, de las que aparecen en la siguiente lista, **y será efectiva una vez que**

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

Av. Santa Fe N° 428, piso 7 | DownTown Torre II | Col. Santa Fe Cuajimalpa | 05348 | México, CDMX
Tel.: (55) 1103-7000 | Fax: (55) 1103-7013

haya transcurrido un Periodo de Carencia de 120 días (en caso de renovaciones automáticas y no haya sido indemnizada no aplicará el periodo de carencia):

Procedimiento	Descripción
1. Cirugía del apéndice	Extirpación del apéndice (no incidental en otro procedimiento quirúrgico)
2. Herniorrafía	Reparación de hernia inguinal o femoral (crural)
3. Histerectomía abdominal o vaginal	Extirpación del útero a través de una incisión abdominal, vaginal o perineal
4. Cirugía de ovario	Cirugía abierta de los ovarios y estructuras relacionadas. La escisión simple quistes ováricos se encuentra excluida al igual que los procedimientos endoscópicos
5. Cirugía para colocación de marcapasos, desfibriladores o resincronizadores cardiacos	Inserción de marcapasos, desfibriladores o re sincronizadores cardiacos. (excluye revisiones, sustituciones y reemplazos)
6. Cirugía tiroidea y/o paratiroidea	Resección de tiroides o paratiroides (excluye biopsias)

Una vez indemnizada una intervención quirúrgica se cancelará dicha cobertura opcional debido a que solo se cubre un evento, continuando con las demás coberturas contratadas. Sin embargo, no se permitirá la renovación al siguiente año para la póliza.

4 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta Póliza tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración si no existiera comunicado de cualquiera de las partes dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de la Póliza. La renovación automática solo se realizará en caso de que a la fecha de renovación exista el mismo plan, así como los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente, solo ajustando la prima acorde a la edad del asegurado a la fecha de renovación.

En caso de que el plan contratado originalmente ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará al Contratante con treinta (30) días de anticipación, las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior, pudiendo existir algunos cambios en la renovación como incrementos en las primas, sumas aseguradas y otras características. El Contratante podrá rechazar la renovación del seguro bajo los nuevos términos y condiciones, en cuyo caso lo deberá hacer saber a la Aseguradora dentro del referido plazo de treinta (30) días previos a la renovación respectiva. En caso de que la Aseguradora no reciba por parte del Contratante solicitud de no renovación, la Póliza será renovada según los nuevos términos y condiciones.

La Compañía se obliga a:

- Dar aviso por escrito al Contratante dentro de los treinta (30) días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará dicha renovación (solo si hay cambio de plan).
- Renovar otorgando una nueva Póliza por el periodo contratado de acuerdo con los planes que se encuentren vigentes, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.

La renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- b) Los Periodos de Carencia no podrán ser modificados en perjuicio del ASEGURADO, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del ASEGURADO.

En caso de que, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite un incremento de Suma Asegurada, éste deberá ser aprobado por la COMPAÑÍA y se deberán cumplir los requisitos de asegurabilidad vigentes.

En caso de mismo plan, las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el ASEGURADO al inicio de cada renovación, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación.

5 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.

6 EXCLUSIONES

6.1 Gastos Funerarios

SIN EXCLUSIONES

6.2 Diabetes mellitus tipo 2

No se cubrirá el beneficio del primer diagnóstico de diabetes mellitus bajo este plan si al ASEGURADO se le diagnostica:

- diabetes gestacional o cualquier grado de intolerancia a la glucosa que haya iniciado o haya sido reconocido durante el embarazo.
- diabetes mellitus secundaria a pancreatitis alcohólica.
- diabetes mellitus causada por el uso de esteroides.
- diabetes mellitus tipo 1.
- diabetes mellitus cuyos signos o síntomas se manifiesten o que sea diagnosticada dentro de los 120 días posteriores a la fecha de contratación.

6.3 Intervenciones Quirúrgicas

- Cualquier intervención quirúrgica no incluida en la cláusula 3.3.
- Intervenciones quirúrgicas practicadas para el tratamiento de condiciones o enfermedades preexistentes o anomalías congénitas.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos dentales, maxilofaciales u oculares.
- Intervenciones quirúrgicas de carácter preventivo o profiláctico.
- cualquier procedimiento invasivo o intervención quirúrgica que se lleve a cabo con fines diagnósticos (por ejemplo; biopsias) y que no se practique como tratamiento específico de alguna enfermedad o padecimiento.
- Procedimientos invasivos o intervenciones quirúrgicas relacionadas con el embarazo o puerperio, con el tratamiento de la infertilidad o con el control de la natalidad.
- Intervenciones quirúrgicas o implante de prótesis con fines cosméticos o cirugías para el control de peso.
- Intervenciones quirúrgicas que se originen por culpa grave del ASEGURADO a consecuencia de alcoholismo, toxicomanías y/o drogadicción. Se considera intoxicación etílica una cantidad de alcohol en sangre mayor a 0.8 g/l, o de alcohol en aire espirado mayor a 0.4 mg/l. En todos los casos se deberá presentar examen de sangre que corrobore o descarte la intoxicación.
- Intervenciones quirúrgicas relacionadas con accidentes que sufra el ASEGURADO como una consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales por consumo de drogas sin prescripción médica, quedando liberada la

COMPañÍA en casos de culpa grave del ASEGURADO.

- Intervenciones quirúrgicas que resulten de enfermedades, lesiones o accidentes resultantes de intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental, quedando liberada la COMPañÍA en casos de culpa grave del asegurado.
- Intervenciones quirúrgicas que resulten de enfermedades, lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el ASEGURADO, o las que se deriven de riñas en las que éste haya participado directamente como provocador.
- Intervenciones quirúrgicas relacionadas con enfermedades, lesiones o padecimientos de cualquier clase que el ASEGURADO sufra durante el servicio militar, actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión, o durante la participación voluntaria en huelgas o alborotos populares.
- intervenciones quirúrgicas por lesiones o padecimientos que se originen a causa del servicio militar activo o de la participación en corporaciones de seguridad o vigilancia.
- Intervenciones quirúrgicas relacionadas con el tratamiento del sida.
- Intervenciones o procedimientos que se realicen durante el periodo de carencia de 120 días.

6 CATÁLOGO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (DEFINICIONES Y CÓDIGOS ICD-9 CM)

Intervención Quirúrgica	Descripción	Códigos ICD-9 CM
Cirugía del apéndice	Extirpación del apéndice (no incidental en otro procedimiento quirúrgico)	47.01, 47.09, 47.2, 47.91, 47.92, 47.99
Herniorrafia	Reparación de hernia inguinal o femoral (crural)	17.11 - 17.13, 17.21-17.24, 53.00 – 53.05, 53.10 – 53.17, 53.21, 53.29, 53.31, 53.39, 53.41 – 53.43, 53.49
Histerectomía abdominal o vaginal	Extirpación del útero a través de una incisión abdominal, vaginal o perineal	68.3, 68.39, 68.49, 68.61, 68.69, 68.51, 68.59, 68.71, 68.79

Cirugía de ovario	Cirugía abierta de los ovarios y estructuras relacionadas. La escisión simple quistes ováricos se encuentra excluida al igual que los procedimientos endoscópicos	65.09, 65.21, 65.22, 65.29, 65.39, 65.49, 65.51, 65.52, 65.61, 65.73, 65.79, 65.89, 65.92, 65.95
Cirugía para colocación de marcapasos, desfibriladores o re sincronizadores cardiacos	Inserción inicial de marcapasos, desfibriladores o re sincronizadores cardiacos. (excluye revisiones, sustituciones y reemplazos)	00.50-00.54, 17.51, 37.70-37.74, 37-80-37.83, 37.94
Cirugía tiroidea y/o paratiroidea	Resección de tiroides o paratiroides (excluye biopsias)	06.09, 06.2, 06.31, 06.39, 06.4, 06.50-06.52, 06.6, 06.81, 06.89, 06.91-06.95, 06.98, 06.99

Aviso de privacidad corto

Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre 11, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestros Avisos de Privacidad integrales visite <https://www.prudentialeseguros.com.mx>.

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

Liga a Cita de Perceptos Legales.

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá(n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet: <https://www.prudentialeseguros.com.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 19 de enero de 2022 con el número CNSF-S0106-0410-2021/CONDUSEF-004719-04".

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 que están tachadas.

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 a quedar 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:

XXXXX. XXX

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 por este 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 adiciona el beneficio XXXXX con una suma asegurada XXXXX a partir de DD/MM/A'AA

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 elimina el beneficio XXXXXX 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 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 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 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:

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 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:

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 de 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 _____.

DERECHOS BÁSICOS DE ASEGURADOS, CONTRATANTES Y BENEFICIARIOS

CONOCE TUS DERECHOS ANTES Y DURANTE LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO CON PRUDENTIAL



1 Como Contratante, Asegurado o Beneficiario tienes derecho a solicitar a tu Agente de Seguros, la identificación que los acredite como tal.



2 Como Contratante o Asegurado tienes derecho a solicitar por escrito a **Prudential Seguros México, S.A.** que te informe el importe de la Comisión o Compensación directa que le corresponda al Agente de Seguros por su intervención en la celebración del contrato.



3 Como Contratante o Asegurado tienes derecho a conocer la información referente a la descripción de las coberturas y exclusiones de la póliza que estás contratando, las cuales puedes consultar en cualquier momento en la página www.prudentialseguros.com.mx o dentro de la carpeta que te hemos entregado.



4 Como Contratante, Asegurado o Beneficiario tienes derecho a contactar a nuestra Unidad Especializada de Atención a Consultas y Reclamaciones, si requieres información u orientación sobre tu póliza.

Distrito Federal: 11 22 58 /
Interior de la República: 0180 3600 444
consultas@prudential.com

DERECHOS CUANDO OCURRA EL SINIESTRO



1 Como Asegurado o Beneficiario tendrás derecho a recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la Suma Asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro.



Como Asegurado o Beneficiario tendrás derecho a cobrar una indemnización por mora a **Prudential Seguros México S.A.** en caso de falta de pago oportuno de la Suma Asegurada en los términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.



3 Como Asegurado o Beneficiario tendrás derecho a solicitar a CONDUSEF (Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, México, D.F., C.P. 03100, Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80), la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.



4 Además, tienes derecho a conocer a través de la CONDUSEF, si eres beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del SIAB-Vida.

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 14 de diciembre de 2016, con el número RESP-S0106-0276-2016.

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

DEFINICIONES

- **ASEGURADO:** Es aquella persona física que se encuentra amparada por las coberturas contratadas.
- **BENEFICIARIO:** Es aquella persona que por designación del asegurado tiene derecho a recibir el beneficio contratado o la proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de Beneficiario, se le hayan designado.
- **CONTRATANTE:** Es la persona física o moral que suscribe con **Prudential Seguros México, S.A.** la póliza y es responsable de pagar la prima correspondiente.
- **CONDUSEF:** Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Esta institución tiene como objetivo prioritario procurar la equidad en las relaciones entre los Usuarios y las Instituciones Financieras, otorgando a los usuarios, elementos para fortalecer la seguridad jurídica en las operaciones que realicen y en las relaciones que establezcan con las instituciones.
- **PERIODO DE GRACIA:** Es el periodo de treinta días naturales que tiene el Contratante para cubrir el pago de la prima, durante el cual, el asegurado se encuentra protegido.
- **PÓLIZA:** Es el documento que funge como Contrato de Seguro donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado, formado por las condiciones generales, la carátula de la póliza, la tabla de valores garantizados, los endosos, los recibos de pago y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **PRIMA:** Es la cantidad que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **SIAB-Vida:** Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de seguros de vida cuyo objetivo es contar con un sistema de intercambio de información entre el sector asegurador y CONDUSEF que permita satisfacer la demanda del servicio de localización de registros de posibles beneficiarios de un seguro de vida, mediante la validación y revisión de la CONDUSEF, misma que centralizará la recepción y envío de solicitudes al sistema.
- **SUMA ASEGURADA:** Es la cantidad establecida en la carátula de la póliza por cada cobertura, hasta por la que tendrá responsabilidad **Prudential Seguros México S.A.** en caso de proceder el siniestro.

DERECHOS BÁSICOS DE LOS ASEGURADOS, CONTRATANTES Y BENEFICIARIOS



Prudential

Prudential Seguros México S.A.
Ejército Nacional 843-B,
Torre A, Piso 1
Antara Polanco, Granada,
C.P. 11520, México D.F.

www.prudentialseguros.com.mx
11.03.70.00 - 01800.100.5433



Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo de la Roca son marcas registradas de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones en todo el mundo.

MKT-I-OP243-OCTUBRE 2016



Prudential