

Contenido

1. DEFINICIONES.....	3
1.1. ACCIDENTE.....	3
1.2. ACUERDO DE ARBITRAJE.....	3
1.3. ASEGURADO.....	3
1.4. BENEFICIARIO.....	3
1.5. CONTRATANTE.....	3
1.6. COBERTURA.....	4
1.7. COBERTURA BÁSICA.....	4
1.8. ENDOSO.....	4
1.9. ENFERMEDAD GRAVE.....	4
1.10. ENFERMEDAD TERMINAL.....	4
1.11. EXCLUSIONES.....	4
1.12. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.....	4
1.13. HOMBRE CLAVE.....	4
1.14. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	5
1.15. LEY.....	5
1.16. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.....	5
1.17. PERÍODO DE GRACIA.....	6
1.18. PÓLIZA.....	6
1.19. PRIMA.....	6
1.20. SINIESTRO.....	6
1.21. SUMA ASEGURADA.....	6
1.22. VIGENCIA.....	6
1.23. VALOR GARANTIZADO.....	6
1.24. VALOR DE RESCATE.....	7
1.25. SEGURO SALDADO.....	7
2. CLÁUSULAS GENERALES.....	7
2.1. NOTIFICACIONES.....	7
2.2. MODIFICACIONES.....	7
2.3. DUPLICADO DE PÓLIZA.....	8
2.4. PRIMAS.....	8
2.5. VALORES GARANTIZADOS.....	8
2.6. CONVERSIÓN A SEGURO SALDADO.....	8
2.7. CANCELACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE.....	9
2.8. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	10
2.9. REHABILITACIÓN.....	10
2.10. DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.....	10
2.11. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	11
2.12. INDISPUTABILIDAD.....	11
2.13. EDAD DE ACEPTACIÓN.....	12
2.14. AVISO DEL SINIESTRO.....	12
2.15. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.....	13
2.16. PAGO DEL SINIESTRO.....	14
2.17. INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	15
2.18. BENEFICIARIO.....	17
2.19. PRESCRIPCIÓN.....	17
2.20. COMPETENCIA.....	17
2.21. DIVIDENDOS.....	18

2.22.	MONEDA.....	18
2.23.	CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	18
2.24.	AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	18
2.25.	IMPUESTO.....	18
2.26.	TRATAMIENTO FISCAL.....	18
2.27.	INTERMEDIACIÓN.....	19
2.28.	ENTREGA DE LA PÓLIZA.....	19

3. COBERTURAS.....19

3.1.	COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO, comercialmente ofrecido como “HOMBRE CLAVE BIENESTAR PRUDENTIAL”	19
3.2.	COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO CON DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, comercialmente ofrecido como “HOMBRE CLAVE BIENESTAR PRUDENTIAL PREMIUM”	20
3.3.	COBERTURA TEMPORAL PARA ENFERMEDADES GRAVES, comercialmente ofrecido como “HOMBRE CLAVE ENFERMEDADES GRAVES” (OPCIONAL).	20
3.4.	ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL.....	23
3.5.	COBERTURA TEMPORAL POR INVALIDEZ, comercialmente conocido como “HOMBRE CLAVE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”	24

4. EXCLUSIONES25

4.1.	COBERTURA DE FALLECIMIENTO	25
4.2.	COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	25
4.3.	COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.....	26

Prudential Seguros México, S.A., en adelante designada "la Compañía", emite la presente Póliza sobre la vida del Asegurado, cuyo nombre figura en la Carátula de la Póliza, basándose para ello en las declaraciones efectuadas por el mismo, así como por el Contratante de la Póliza en la solicitud de seguro y los cuestionarios respectivos. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

1. DEFINICIONES

1.1. ACCIDENTE.

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

1.2. ACUERDO DE ARBITRAJE.

En el supuesto de que hubiera controversia entre el Asegurado y la Compañía, para determinar si el padecimiento y/o enfermedad que aquel haya sufrido sea preexistente, el Asegurado tendrá opción de acudir a un procedimiento de arbitraje médico al cual la Compañía está conforme en someterse. De común acuerdo, ambas partes, determinarán a la persona física o moral que fungirá con el carácter de árbitro, elección que se efectuará de entre la lista que proporcione la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá ningún costo para el reclamante. El acuerdo de arbitraje se regirá por lo dispuesto en el Código de Comercio en el Título de Arbitraje.

1.3. ASEGURADO.

Es aquella persona física denominada para los efectos de esta Póliza "Hombre Clave", designada por el Contratante y que otorga su consentimiento para quedar amparada bajo las Coberturas contratadas y especificadas en la Carátula de la Póliza, en virtud de su relación laboral de subordinación con el Contratante o de ser socio industrial del mismo.

1.4. BENEFICIARIO.

El Beneficiario irrevocable de la Póliza será el Contratante de la misma, en virtud de que el objeto del seguro es cubrir la pérdida o menoscabo económico que podría sufrir dicho Contratante ante el fallecimiento o incapacidad del Asegurado (Hombre Clave).

1.5. CONTRATANTE.

Es la persona física o moral que suscribe con la Compañía la Póliza y es reponsable ante ésta de pagar la Prima correspondiente de acuerdo a lo estipulado en este Contrato de Seguro y señalado en la Carátula de la Póliza para cada Cobertura, siendo además el Beneficiario irrevocable de todas las Coberturas amparadas.

1.6. COBERTURA.

Es el tipo de protección contratada por el Contratante, bajo la cual se pueden amparar los riesgos de: Muerte, Enfermedad Grave e Invalidez Total y Permanente del Asegurado.

1.7. COBERTURA BÁSICA.

Se entenderá como Cobertura Básica, a la primera Cobertura mencionada en la lista de Coberturas que aparece en la Carátula de la Póliza, la cual fue determinada con base en las prioridades y necesidades del Contratante y sobre la cual aplicará la conversión a seguro saldado.

1.8. ENDOSO.

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

1.9. ENFERMEDAD GRAVE.

Es aquella que por su severidad muda dramáticamente la forma de vivir del Asegurado, así como su expectativa de vida. Las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza se definen en el apartado 3. Coberturas.

1.10. ENFERMEDAD TERMINAL.

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

1.11. 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.

1.12. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.

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

1.13. HOMBRE CLAVE

Es la persona física que sea empleado, técnico o directivo del Contratante, o socio industrial del mismo, cuya muerte, accidente o enfermedad, traiga como consecuencia una disminución en la productividad del Contratante.

1.14. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

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

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

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

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

Cabe destacar que el periodo de espera de seis meses no aplicará cuando la invalidez sea resultado de una pérdida orgánica.

Para los efectos de este contrato se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

1.15. LEY.

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.16. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

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

- Se haya declarado su existencia, o
- El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico, o
- Sean comprobables: por la existencia de un expediente médico, en el cual se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

A aquellos Asegurados que se hayan sometido a un examen médico por parte de la Compañía para el proceso de suscripción, no se les aplicará la cláusula de preexistencia respecto de

alguna enfermedad y/o padecimiento, que tengan relación con el tipo de examen médico que se les haya practicado y que no hubiese sido diagnosticado en el mismo.

1.17. 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, aún 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.

1.18. PÓLIZA.

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las presentes condiciones generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, los Cuestionarios y declaraciones adicionales; así como, los resultados de exámenes médicos practicados para la emisión, la Tabla de Valores Garantizados, los Endosos, los Recibos de Pago y las Cláusulas Adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía y donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

1.19. PRIMA.

Es la cantidad determinada por la Compañía, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las Coberturas de Seguro contratadas y que se establece en la Carátula de Póliza.

1.20. SINIESTRO.

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

1.21. SUMA ASEGURADA.

Es la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza por cada Cobertura, hasta por la que responderá la Compañía, en caso de proceder el Siniestro.

1.22. 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.

1.23. VALOR GARANTIZADO.

Es la cantidad a que tiene derecho el Contratante en caso de no continuar con el pago de Primas. El monto de estos valores depende de las Coberturas contratadas, del año de Vigencia en que se encuentra la Póliza y del número de años de Primas pagadas. Los Valores Garantizados se muestran en la Tabla de Valores Garantizados que forma parte de esta Póliza. Los Valores Garantizados que ofrece esta Póliza son el Valor de Rescate y el Seguro Saldado.

1.24. VALOR DE RESCATE.

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

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

1.25. SEGURO SALDADO.

Es aquel en el que se mantiene en vigor la Cobertura Básica, sin más pago de Primas, pero por la Suma Asegurada que se alcance a comprar con los Valores Garantizados a que se tenga derecho de acuerdo al año de Vigencia de la Póliza y a las Coberturas contratadas, en el entendido que la Prima anual de la Vigencia correspondiente deberá estar pagada, de lo contrario aplicará el valor del Seguro Saldado del año de Vigencia inmediato anterior. En el caso del Seguro Saldado, solamente quedará vigente la Cobertura Básica quedando las demás Coberturas automáticamente canceladas.

2. CLÁUSULAS GENERALES

2.1. NOTIFICACIONES.

Cualquier notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito precisamente al domicilio de la Compañía que se indica en la Carátula de la Póliza. El Asegurado, y/o el Contratante y Beneficiario Irrevocable deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Las notificaciones que la Compañía haga al Asegurado y/o al Contratante y Beneficiario Irrevocable se dirigirán al último domicilio de éstos, respecto del cual tenga conocimiento.

2.2. MODIFICACIONES.

Toda modificación al Contrato deberá constar por escrito mediante Cláusulas o Endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán estar firmados por el funcionario autorizado de la Compañía, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

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

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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de

la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley). Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

2.3. DUPLICADO DE PÓLIZA.

En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado de la Póliza original el cual sustituirá a la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original perderá todo valor. Asimismo, tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas por el Asegurado para la celebración del Contrato. En ambos casos los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante y/o Asegurado.

2.4. PRIMAS.

El Contratante, sin perjuicio del plazo mencionado para el pago, debe pagar la Prima anual a partir de su vencimiento y durante los plazos de pago estipulados en la Carátula de la Póliza para cada Cobertura contratada.

Pago.

La Prima vencerá al Inicio de Vigencia pactado. A partir del vencimiento, el Contratante dispondrá de un Período de Gracia de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago correspondiente.

Si transcurrido el plazo antes señalado no se ha efectuado el pago de la Prima, la Compañía procederá a cancelar la Póliza cuando el Asegurado no tenga derecho a los Valores Garantizados.

Si la Póliza cuenta con derecho a los Valores Garantizados, aplicará lo indicado en el punto 2.5.

Periodicidad.

El Contratante puede optar por liquidar la Prima de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. En este caso, las Primas vencerán al inicio de cada período pactado, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada.

Lugar de Pago.

Las Primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo expedido por la misma.

2.5. VALORES GARANTIZADOS.

Sin perjuicio de las Condiciones establecidas en la descripción de cada Valor Garantizado, el Contratante podrá aplicar este Valor de su Póliza de conformidad con lo señalado en el numeral 2.6 siguiente:

2.6. CONVERSIÓN A SEGURO SALDADO

Para el caso del Seguro Saldado, la Cobertura Básica quedará vigente por la Suma Asegurada establecida en la Tabla de Valores Garantizados en cumplimiento al artículo 192 de la Ley, conservando el plazo contratado sin más pago de Primas.

Para la Cobertura de Fallecimiento con el beneficio de Devolución de Primas en caso de sobrevivencia del Asegurado al término de la Vigencia de la Cobertura, el monto de las Primas a devolver al Contratante se reducirá en la misma proporción en que se haya reducido la Suma Asegurada inicialmente contratada con respecto a la Suma Asegurada como consecuencia de la conversión a Seguro Saldado. Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Valores Garantizados.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario Irrevocable la Suma Asegurada que se determine con base en esta opción.

La conversión a Seguro Saldado se hará sobre la Cobertura Básica, en el entendido que las demás Coberturas quedarán canceladas automáticamente.

En caso de que la Suma Asegurada establecida en la Tabla de Valores Garantizados para la conversión a Seguro Saldado sea mayor que la suma de las Sumas Aseguradas de las Coberturas contratada para esta Póliza, el Asegurado deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad correspondientes para el excedente de dicha Suma Asegurada. En caso de no cumplir con estos requisitos de asegurabilidad, o bien, que el excedente no sea aprobado por la Compañía, la Suma Asegurada del Seguro Saldado quedará limitada al resultado de la suma de las Sumas Aseguradas de las Coberturas originalmente contratadas y la Compañía devolverá el Valor de Rescate correspondiente por el diferencial no ejercido.

La Compañía entregará un Endoso de conversión, donde indicará el porcentaje a que tiene derecho el Contratante como Valor de Rescate, de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.

2.7. CANCELACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE.

El Contratante podrá dar por terminada anticipadamente la Póliza mediante un escrito libre con acuse de recibo dirigido a la Compañía, en el cual haga constar su deseo de cancelar la Póliza debiendo anexar al escrito libre copia de la Póliza si la tuviere. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía de los derechos que por la Vigencia de la Póliza se hubieren constituido a favor del Contratante.

La Póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en el escrito, lo que resulte posterior.

Bajo esta opción, el Contratante podrá solicitar la cancelación de este seguro y la Compañía pagará el Valor de Rescate correspondiente.

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

Al momento del pago del Valor de Rescate, el Contratante podrá optar por delegar a la Compañía la administración del mismo por medio de un mandato en administración y mediante la firma del contrato respectivo que provea la Compañía de conformidad con la legislación vigente.

En términos de lo dispuesto por el artículo 44 fracción IV del Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta o el que resulte aplicable conforme a la normatividad vigente, el Contratante deberá acumular a sus ingresos el importe del rescate en el ejercicio en el que se efectúe el mismo.

2.8. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.

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.
- b) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza.
- c) Fallecimiento del Asegurado.
- d) Expiración de la Cobertura del Seguro Saldado.
- e) Por falta de pago de Prima al concluir el Período de Gracia, la terminación, será al término de dicho período si no se recibe el pago.
- f) Cuando el Contratante haya solicitado el Anticipo por Enfermedad Terminal y el monto de éste sea equivalente a la indemnización a que tuviese derecho el Beneficiario Irrevocable en el caso de muerte del Asegurado.

2.9. REHABILITACIÓN.

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

Asimismo, se deberá cumplir además con los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la Compañía, una solicitud de rehabilitación en el formato que la misma tiene expresamente para este fin, firmada por el Asegurado y por el Contratante.
- b) Comprobar a la Compañía que el Asegurado reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud, de acuerdo a lo indicado por las políticas vigentes que la Compañía tenga al momento de la solicitud de rehabilitación.
- 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.

2.10. DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.

El Contratante podrá solicitar la disminución de la(s) Suma(s) Asegurada(s) de las Coberturas contratadas, debiendo solicitarse por escrito a la Compañía.

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

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

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

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

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

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

- c) La Compañía emitirá el Endoso correspondiente donde hará constar la(s) nueva(s) Suma(s) Asegurada(s), la Prima correspondiente, los Valores Garantizados (Valor de Rescate y Seguro Saldado) a los que tendrá derecho el Contratante (Beneficiario Irrevocable) y la fecha a partir de la cual se hace efectiva la disminución de Suma Asegurada

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

2.11. 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.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado y/o Beneficiario, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, el Asegurado o Beneficiario no remitan en tiempo la documentación o información que, en su caso, la Compañía solicite sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el Artículo 70 de la Ley.

2.12. INDISPUTABILIDAD.

Este Contrato será indisputable, por lo que se refiere a las causales de rescisión previstas por el Artículo 47 de la Ley, desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de emisión o de su última rehabilitación, entendiéndose por esto que la Compañía renuncia a los derechos que conforme a la Ley tendría derivado de las omisiones, falsas o inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que sirvieron de base para la celebración del Contrato de seguro.

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

2.13. 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.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que aparece en la Carátula de la Póliza para cada Cobertura contratada.

La edad mínima de admisión para todas las Coberturas es de 18 (dieciocho) 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 muerte 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 pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si la edad real es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado, en el momento de la celebración del Contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

2.14. AVISO DEL SINIESTRO

El Beneficiario Irrevocable deberá 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 Beneficiario Irrevocable deberá 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.

2.15. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

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

Información necesaria en caso de Fallecimiento:

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el Beneficiario Irrevocable o su representante legal.
- b) Copia certificada del acta de defunción.
- c) Identificación oficial del Asegurado y del Beneficiario Irrevocable o de su representante legal.
- d) Certificado Médico de Defunción o declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado su muerte.
- e) En su caso, copia del expediente del Ministerio Público relacionado con la muerte del Asegurado.
- f) En su caso, toda información y copia de documentos que solicite la Compañía para verificar el fallecimiento y las circunstancias en que se produjo.

Información necesaria en caso de Invalidez Total y Permanente.

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el Beneficiario Irrevocable o su representante legal.
- b) Identificación oficial del Asegurado y del Beneficiario irrevocable o de su representante legal.

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

Además de la Información necesaria en caso de Invalidez Total y Permanente, el Beneficiario Irrevocable deberá presentar:

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

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, sólo

podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de seguro.

Información necesaria para la Devolución de Primas al Contratante.

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el Contratante.
- b) Identificación oficial del Asegurado y del Contratante o de su representante legal.
- c) El Asegurado deberá presentarse en el domicilio de la Compañía.

La Compañía queda autorizada a realizar las indagaciones que sean necesarias para la verificación del hecho cubierto, así como para solicitar información adicional al Asegurado o al Beneficiario Irrevocable.

Información necesaria en caso de diagnóstico de una Enfermedad Grave.

El Beneficiario Irrevocable o un representante debidamente acreditado del mismo, deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir al Beneficiario Irrevocable toda clase de información sobre los hechos relacionados con la Enfermedad Grave, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

La evidencia sobre la ocurrencia de cualquiera de las Enfermedades Graves amparadas bajo esta Cobertura deberá estar sustentada por:

1. Médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y que además, no tenga parentesco hasta el 2o grado consanguíneo con el Asegurado ni con el Beneficiario Irrevocable;
2. Investigaciones confirmatorias, que incluyan, pero no estén limitadas a evidencia clínica, radiológica, histológico y de laboratorio, y;
3. Si la Enfermedad Grave requiere de la realización de un procedimiento quirúrgico, éste debe ser el tratamiento usual para esta condición y ser médicamente necesario.

En caso de que el Médico especialista, certificado en la materia, de la Compañía determine la improcedencia del diagnóstico de la Enfermedad Grave, presentado por el Beneficiario Irrevocable, el Asegurado será evaluado por el médico especialista en la materia certificado que el Beneficiario Irrevocable elija dentro de los especialistas en la materia previamente designados por la Compañía para estos efectos.

En caso de proceder el diagnóstico de la Enfermedad Grave, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de seguro.

La Compañía queda autorizada a realizar las indagaciones que sean necesarias para la verificación del hecho cubierto, así como para solicitar información adicional al Beneficiario Irrevocable.

2.16. PAGO DEL SINIESTRO.

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

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

Al momento del pago del Siniestro, el Beneficiario Irrevocable podrá optar por delegar a la Compañía la administración de la Suma Asegurada por medio de un mandato en administración y mediante la firma del contrato respectivo que provea la Compañía de conformidad con la legislación vigente.

2.17. INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Beneficiario Irrevocable 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.

Artículo 71 de la Ley.- *“El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio”.*

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.- *“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:*

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este

artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;*
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y*
- c) La obligación principal.*

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario”.

2.18. BENEFICIARIO.

Toda vez que el objeto del seguro es resarcir al Contratante por la disminución en su productividad que representa la muerte, accidente o enfermedad del Asegurado (Hombre Clave), el Beneficiario Irrevocable de todas las Coberturas amparadas en esta Póliza será el propio Contratante.

2.19. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento y en dos años en todos los demás casos, contados ambos términos desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Los plazos de que trata el párrafo anterior no correrán en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento del mismo; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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 y se suspenderá con la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

2.20. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía 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 de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, de la negativa de la Compañía 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.

2.21. DIVIDENDOS

Este Contrato de Seguro no otorga dividendos.

2.22. 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, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se realicen.

Los pagos derivados de las pólizas denominadas en Dólares de los Estados Unidos Mexicanos o en Unidades de Inversión, se efectuarán en su equivalente en moneda nacional, de conformidad con el tipo de cambio que para los mismos publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación.

2.23. CARENIA 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.

2.24. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

No obstante que se agrave el riesgo previamente valorado incluyendo sin limitar un cambio en la actividad o profesión del Asegurado, la Compañía no modificará las condiciones de este Contrato de Seguro.

2.25. IMPUESTO.

El impuesto que como consecuencia de la legislación fiscal se derive de este seguro, correrá a cargo del Contratante y Beneficiario Irrevocable; 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.

2.26. TRATAMIENTO FISCAL.

Es responsabilidad del Contratante y Beneficiario Irrevocable, cumplir con las disposiciones fiscales que establezcan los límites, restricciones y obligaciones que le sean aplicables para la deducibilidad de su Prima.

Para efectos fiscales, el Contratante podrá hacer deducible de impuestos la Prima pagada por los diferentes conceptos derivados del presente Contrato, en los términos del Artículo 27 fracción XII de la Ley del Impuesto sobre la Renta o el que resulte aplicable conforme a la normatividad vigente y demás disposiciones fiscales aplicables que en su momento se expidan.

Los pagos realizados por la Compañía por los diferentes conceptos derivados del presente Contrato serán acumulables para efectos fiscales. El Contratante y Beneficiario Irrevocable será responsable de realizar la acumulación respectiva en sus ingresos del año en que los perciba. Lo

anterior, de acuerdo con lo que establezca la legislación fiscal vigente al momento en que la Compañía efectúe el pago correspondiente.

2.27. 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.

2.28. ENTREGA DE LA PÓLIZA.

La Compañía, una vez aceptado el riesgo, tendrá en todo momento la obligación de entregar al Contratante la póliza dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del Seguro.

En caso de que el último día para la entrega de la Póliza sea inhábil, la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

En caso de que por cualquier causa y transcurrido el plazo señalado en el primer párrafo de esta cláusula, el Contratante que no haya recibido su Póliza podrá contactar directamente a la Compañía a través de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, quien estará obligada de entregar al Contratante una copia de la Póliza, sin que esto se entienda que ha solicitado un Duplicado de la misma de conformidad con lo establecido en el numeral 2.3.

En caso que el Asegurado requiera la póliza deberá solicitarla a través del contratante.

3. COBERTURAS

Siempre que la Póliza y la Cobertura se encuentren vigentes en la fecha de ocurrencia del Sinistro, la Compañía pagará al Beneficiario Irrevocable, los beneficios de las Coberturas procedentes, de acuerdo con lo que se señala en la Carátula de la Póliza y con base en lo siguiente:

3.1. COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO, comercialmente ofrecido como “HOMBRE CLAVE BIENESTAR PRUDENTIAL”

Al fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará al Beneficiario Irrevocable 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.

Asimismo, si el Asegurado sobrevive al término del plazo de la Cobertura antes señalada, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

3.2. COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO CON DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, comercialmente ofrecido como “HOMBRE CLAVE BIENESTAR PRUDENTIAL PREMIUM”.

La Compañía pagará al Beneficiario Irrevocable la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, 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.

Si el Asegurado sobrevive al término del plazo de esta Cobertura la Compañía le devolverá al Contratante el monto resultante de multiplicar la Prima anual por el Plazo de Pago de Primas (en años) para esta Cobertura.

La Prima anual y el Plazo de Pago de Primas (en años) a considerarse para el pago de este beneficio serán los que se estipulen para esta Cobertura en la Carátula de Póliza o en su caso, en el último Endoso modificatorio posterior a la emisión de la Póliza.

Lo anterior, en el entendido que la Prima anual no incluye los costos derivados de derechos de Póliza ni recargos por pago fraccionado.

3.3. COBERTURA TEMPORAL PARA ENFERMEDADES GRAVES, comercialmente ofrecido como “HOMBRE CLAVE ENFERMEDADES GRAVES” (OPCIONAL).

Siempre que el Asegurado se encuentre con vida al momento de presentar el Beneficiario Irrevocable la reclamación, la Compañía pagará a este último la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, si se diagnostica que, durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza, el Asegurado ha sufrido o ha desarrollado por primera vez, una de las Enfermedades Graves que a continuación se definen:

- a) **Cáncer.** Significa la presencia de un tumor maligno que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. Debe considerarse necesario un esquema de intervención mayor o cirugía mayor o haberse iniciado tratamiento paliativo. El Cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histopatológica.

Se excluyen los siguientes tumores:

- **Enfermedad de Hodgkin y linfoma No-Hodgkin Etapa 1 (clasificación de Ann Arbor).**
- **Leucemia linfocítica crónica menor a *Estadio I* de RAI (*linfocitosis y linfadenopatías, ganglios linfáticos inflamados*) o *A de Binet* (*menos de tres áreas ganglionares aumentadas de tamaño; no hay anemia ni trombocitopenia*).**

- Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica si no hay *diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre.*
- *Tumores que muestran los cambios malignos de un carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC-1: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, NIC-2: lesión escamosa intraepitelial de alto grado, displasia moderada y NIC-3: lesión considerada también de alto grado, displasia severa) o que son descritos histológicamente como pre – malignos.*
- Todos los cánceres de la piel, a menos que exista evidencia de metástasis o que el tumor sea un melanoma maligno con espesor máximo mayor a 1.5 mm de acuerdo a la determinación por examen histológico utilizando el método de Breslow.
- Cánceres que no ponen la vida en peligro, como los de próstata que son descritos histológicamente en la Clasificación TNM como *T1(a): Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión menor o igual al 5% del tejido resecado; ó T1 (b): en una extensión mayor del 5% del tejido resecado; o con una clasificación equivalente o menor.*
- Micro – carcinoma papilar de tiroides.
- Cáncer papilar no invasiva de la vejiga, histológicamente descrito como *TaNO Mo (no demuestran metástasis ganglionares regionales o no hay metástasis a distancia) o con una clasificación menor.*
- b) **Cirugía arterio-coronaria (By-pass).** Significa la realización del injerto para la derivación de la arteria coronaria vía una toracotomía para corregir o tratar la enfermedad de la arteria coronaria.
- c) **Derrame e infarto cerebral.** Significa el padecer un ataque de apoplejía como resultado de un evento cerebro-vascular. La apoplejía debe dar como resultado déficit neurológico que produzca la incapacidad permanente e irreversible del ASEGURADO para:
 - Desplazarse en el interior de una habitación a otra, en un solo nivel o una planta; o
 - Alimentarse por sí mismo una vez que la comida ha sido preparada y disponible; o
 - Comunicarse por medio de lenguaje verbal.

La evaluación de las condiciones antes mencionadas no deberá realizarse antes de que hayan transcurrido 3 (tres) meses de la fecha en que se presentó el evento de la apoplejía. Deberá existir evidencia clara en una Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o técnica de imagen apropiada de que el evento de la apoplejía ha ocurrido y alguno de los siguientes:

- Infarto del tejido cerebral; o
- Hemorragia intracraneala o sub-aracnoidea.

Se excluyen de esta cobertura:

Los síntomas cerebrales debidos a migraña, lesión cerebral resultante de trauma o hipoxia y enfermedad vascular que afecta el ojo, nervio óptico o funciones vestibulares.

- d) **Infarto de miocardio.** Significa el diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce por un aporte sanguíneo insuficiente al área relevante.

Se deben satisfacer todos los siguientes criterios:

- Dolor típico en el centro del tórax sugestivo de ataque cardíaco;
 - Incremento diagnóstico de marcadores cardíacos específicos característicos para ataque cardíaco;
 - Nuevos cambios electrocardiográficos de infarto; y
 - Evidencia de la disminución en la función ventricular izquierda, como una reducción en la fracción de eyección ventricular izquierda o hipocinesia significativa, acinesia o anormalidades en la movilidad de la pared secundarias al ataque cardíaco.
- e) **Insuficiencia renal crónica.** Significa la falla renal terminal que se presenta con insuficiencia irreversible y crónica de la función de ambos riñones, como resultado de la cual se inicia diálisis renal en forma regular o se lleva a cabo el trasplante renal.
- f) **Trasplante de órgano mayor.** Significa el trasplante de órgano humano, de un donador al ASEGURADO de uno o más de los siguientes órganos: riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o trasplante de médula ósea. Lo anterior en el entendido de que el pago de la indemnización se realizará una vez realizado el trasplante.

Se excluye el trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.

Al diagnóstico de una Enfermedad Grave del Asegurado y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Cobertura y la Compañía queda liberada de todas las obligaciones derivadas de la misma.

Si durante el plazo de Vigencia de esta Cobertura, señalado en la Carátula de la Póliza, el Asegurado no ha sufrido o desarrollado por primera vez, alguna de las Enfermedades Graves, la protección por esta Cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

En caso de diagnóstico simultáneo de más de una Enfermedad Grave del Asegurado, la obligación de la Compañía estará limitada a pagar el beneficio derivado por el diagnóstico de una sola Enfermedad Grave.

Periodo No Cubierto.

- a. **Periodo de Exclusión / Periodo de Espera.**

Ningún beneficio será exigible si los síntomas aparecen por primera vez o si la condición ocurre o es diagnosticada dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha de Inicio de Vigencia o de la última Rehabilitación de esta Cobertura.

Renovación de la Cobertura.

Una vez vencido el periodo de Cobertura marcado en la Carátula de la Póliza, esta Cobertura se renovará, por periodos sucesivos de igual duración al periodo inicial, siempre y cuando el Contratante lo notifique a la Compañía con una anticipación no menor a los 90 (noventa) días previos a la Fecha de Vencimiento de la misma.

La renovación se otorgará sujeta a las siguientes condiciones:

1. La Suma Asegurada al inicio de cada renovación coincidirá con la vigente en el periodo anterior, salvo que el Contratante solicite su modificación al inicio de la renovación y la misma fuera aprobada por la Compañía cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad correspondientes.
2. 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.
3. En cada renovación, la Compañía hará constar mediante Endoso la Suma Asegurada, fecha de Inicio de Vigencia de la renovación, plazo de la Cobertura, plazo de pago de Primas, así como la Prima correspondiente.

La renovación se otorgará, siempre y cuando al momento de dicha renovación, se cumplan los siguientes requisitos:

1. La edad alcanzada del Asegurado no rebase la edad máxima de aceptación de la Cobertura, el cual no podrá modificarse en su perjuicio;
2. El plazo para el pago de Primas de la Cobertura a renovar no deberá de ser mayor al plazo que falte por pagar de la Prima de la Cobertura Básica, de acuerdo con el plazo de pago de Primas estipulado en la Carátula de la Póliza;
3. El Asegurado no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente.
4. El Asegurado no haya sido diagnosticado por una de las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta Póliza; y
5. El pago del beneficio por esta Cobertura no se encuentre en proceso de reclamación al momento de la renovación.

Cancelación de la Cobertura.

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

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado;
- Al diagnóstico y pago de la indemnización correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta Póliza; y
- Cuando el Contratante solicite la cancelación de esta Cobertura.

3.4. ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL.

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

Dicho adelanto nunca podrá ser mayor a la indemnización a que tuviera derecho el Beneficiario Irrevocable en caso de muerte del Asegurado por las Coberturas contratadas estipuladas en la Carátula de la Póliza. Asimismo, este monto no podrá exceder el máximo para este anticipo establecido por la Compañía de acuerdo con sus políticas internas.

En caso que el monto del anticipo sea menor a la Suma Asegurada a pagar en caso de muerte por todas las Coberturas contratadas, las obligaciones de la Compañía se reducirán en forma proporcional al anticipo pagado para cada una de las Coberturas que se tomaron en consideración para realizar dicho pago. Lo anterior, en el entendido que si posterior al pago del anticipo ocurre la muerte del Asegurado, la Compañía deducirá del pago de la indemnización al Beneficiario Irrevocable el anticipo realizado.

En el caso que el monto del anticipo sea equivalente a la indemnización a que tuvieron derecho el Beneficiario Irrevocable, la protección derivada de las Coberturas contratadas terminará sin obligación alguna para la Compañía.

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

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

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

El anticipo por enfermedad terminal a que se refiere este numeral, se pagará única y exclusivamente al Beneficiario Irrevocable para que éste cubra los gastos para la sustitución del Hombre Clave.

3.5. COBERTURA TEMPORAL POR INVALIDEZ, comercialmente conocido como “HOMBRE CLAVE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”.

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

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

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

4. EXCLUSIONES

4.1. COBERTURA DE FALLECIMIENTO

SUICIDIO.

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

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

4.2. COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

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

- Lesiones o enfermedades que se provoque deliberadamente el propio Asegurado.
- Enfermedades psiquiátricas con o sin manifestaciones psicósomáticas.
- Lesiones o enfermedades por la participación del Asegurado en guerras, rebeliones, revoluciones o insurrecciones.
- La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que al ocurrir el Accidente, el Asegurado viajase como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación legalmente autorizada para transportar pasajeros y sujeta a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos.
- Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se derive de un Accidente.
- Intento de Suicidio cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoquen.
- Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.
- Lesiones sufridas en riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en los que haya participado directamente el Asegurado.
- Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

- La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, charrería, pesca, caza, esquí (nieve y acuático), alpinismo, buceo, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier clase de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar profesionales.
- Accidentes o lesiones que se originen por culpa grave del Asegurado debido a que esté bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similares; así como en estado de ebriedad.

4.3. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

Ningún beneficio será pagadero en relación a esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es como resultado de cualquier de las siguientes:

- Guerra u hostilidades (sea o no Guerra declarada), guerra civil, insurrección, revolución, inestabilidad civil o motín.
- Lesiones sufridas en riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en los que haya participado directamente el Asegurado.
- Un acto intencional o auto-infligido.
- Ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
- VIH/SIDA.
- Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
- Participación deliberada del Asegurado en cualquier acto ilegal o criminal.
- Actos ilegales por el Beneficiario de la póliza que den lugar a la Enfermedad Grave el Asegurado.
- La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, charrería, pesca, caza, esquí (nieve y acuático), alpinismo, buceo, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier clase de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar profesionales.
- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.

*“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 28 de agosto 2015 y 27 de enero de 2017, con el número de registro **PPAQ-S0106-0051-2015** y **RESP-S0106-0017-2017** respectivamente”.*

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número CONDUSEF-000221-06.

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos (55) 1103-7000 y en el interior de la república al 800-00-54-33, y/o al correo electrónico consultasyquejas@prudential.com o visite www.prudentialseguros.com.mx; o bien, comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 534009999 en la Ciudad de México y del interior de la república al 800 999 8080, y/o al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.”

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