

CONDICIONES GENERALES

“Seguro Vida Grupo Temporal a 1 año”

Experiencia Global sin Participación de Utilidades

Contenido

1. DEFINICIONES	4
2. CLÁSULAS GENERALES	7
2.1. Contrato de Seguro	7
2.2. Vigencia del contrato	7
2.3. Rectificación de la póliza	8
2.4. Modificaciones	8
2.5. Registro de Asegurados	8
2.6. Movimiento de Asegurados	8
2.7. Certificados Individuales	9
2.8. Altas al Grupo Asegurado	9
2.9. Bajas en el Grupo Asegurado	9
2.10. Contribución de los Asegurados al Pago de la Prima	9
2.11. Designación de Beneficiarios	10
2.12. Cambio de Beneficiarios	10
2.13. Pago de la prima y período de gracia	10
2.14. Edad	11
2.15. Ajuste de primas	11
2.16. Carencia de Restricciones	11
2.17. Rehabilitación	12
2.18. Renovación	12
2.19. Terminación del seguro	12
2.20. Disputabilidad	13
2.21. Omisiones o declaraciones inexactas	13
2.22. Aviso de Siniestro	13
2.23. Conocimiento del siniestro	13
2.24. Pérdida del derecho a recibir la indemnización	14
2.25. Arbitraje Médico	14
2.26. Pago de indemnizaciones	14
2.27. Documentación solicitada para el Pago de Indemnizaciones	14
2.28. Pruebas	16
2.29. Suicidio	16
2.30. Comunicación	16
2.31. Competencia	16
2.32. Moneda	17
2.33. Comisión o compensación directa	17
2.34. Indemnización por Mora	17
2.35. Responsabilidad Fiscal	17
2.36. Prescripción	18
2.37. Fraude, Dolo o Mala Fe	18
2.38. Cambio de contratante	18
2.39. Entrega de la Documentación Contractual	18
2.40. Ajuste a la Suma Asegurada	19
2.41. Entrega de Certificados Individuales y documentación contractual a los Asegurados	19
2.42. Seguro como prestación Laboral	19

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	20
3.1 Cobertura Básica:	20
3.1.1 Fallecimiento	20
3.1.2 Anticipo por Gastos Funerarios.....	20
3.1.3 Anticipo por Enfermedad Terminal.....	20
3.2 Coberturas Adicionales	20
3.2.1 Muerte Accidental	20
3.2.2 Indemnización por Muerte Accidental (MA).....	21
3.2.3 Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas “Escala A” (IMAPOA) .	21
3.2.4 Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas “Escala B” (IMAPOB) .	21
3.2.5 Indemnización por Muerte Accidental en Accidente Colectivo (IMAPOCA).....	22
3.2.6 Indemnización por Muerte Accidental en Accidente Colectivo (IMAPOCB).....	22
3.3 Invalidez Total y Permanente	24
4. MARCO NORMATIVO	26
4.1 Aviso de Privacidad Simplificado.....	26
4.2 Liga a Cita de Perceptos Legales.....	26
4.3 Invitación para Consultar al RECAS.....	26

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

1. DEFINICIONES

Asegurado

Es aquella persona física que se encuentra amparada conforme a las coberturas contratadas y de acuerdo con lo expresamente señalado en el certificado individual de seguro para cada una de éstas.

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 un diagnóstico de los exámenes médicos correspondientes.

Beneficiario

Aquella persona que por designación del ASEGURADO, 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.

Beneficio

Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo especificado en la Póliza y/o Certificado individual de seguro.

Carátula

Es el documento emitido por la COMPAÑÍA en donde se estipulan, entre otras cosas, los datos de identificación del Contratante, coberturas amparadas, primas y la identificación del grupo asegurado.

Certificado Individual de Seguro

La COMPAÑÍA emitirá un certificado individual para cada miembro del Grupo Asegurado, que entregará al CONTRATANTE, el cual contendrá cuando menos los siguientes datos:

1. Número de la póliza y del certificado.
2. Nombre y fecha de nacimiento del ASEGURADO.
3. Fecha de vigencia de la póliza.
4. Fecha de vigencia del certificado individual.
5. Suma Asegurada o la regla para determinarla.
6. Nombre de los beneficiarios y en su caso el carácter de irrevocable.
7. Las principales cláusulas de la Póliza.
8. Nombre, teléfono y domicilio de La COMPAÑÍA.
9. Firma del funcionario autorizado de La COMPAÑÍA.
10. Tipo de operación de Seguro.
11. Nombre del CONTRATANTE.

Compañía

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

Contratante

Es la persona física o moral que suscribe con la COMPAÑÍA la Póliza y es responsable ante ésta de pagar la Prima correspondiente a todo el Grupo Asegurado; de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro y señalado en la carátula de la Póliza para cada Cobertura.

Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se indican los límites máximos de responsabilidad de la Compañía y del Contratante y/o Asegurado.

Diagnóstico

El dictamen sobre un padecimiento o condición del mismo, que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en elementos, como evaluación directa, así como pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

Endoso

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

Enfermedad Preexistente

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

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

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

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

Evento

Es la afectación que sufre el ASEGURADO, a consecuencia de la realización del riesgo amparado, para el cual se contrata la cobertura del seguro, la realización debe ser fortuita, súbita e imprevista.

Grupo Asegurable:

Los integrantes del grupo sobre los que se hace la oferta del seguro y cuyas características se establecen en la carátula de la Póliza.

Se consideran grupos asegurables:

- Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa (que se encuentren en servicio activo y que no se encuentren en un estado o proceso de invalidez).
- Los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.
- Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos. Los cuerpos del ejército, de la policía, de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.

- Las agrupaciones legalmente constituidas y que, por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros, constituyan grupos asegurables (sujetos a aprobación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas).
- Cualquier conjunto de personas que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente del Contrato de Seguro.

Inicio de Cobertura

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato y las coberturas que integran el Seguro.

Institución Hospitalaria / Hospital

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

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 una Enfermedad Preexistente y haya transcurrido el periodo de espera de 6 (seis) meses para este estado de Invalidez:

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

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

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

Cabe destacar que el periodo de espera de (6) seis meses no aplicará cuando la Invalidez sea resultado de una pérdida orgánica o sea a consecuencia de un Accidente. Para los efectos de este Contrato de Seguro se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez puedan ser susceptibles 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.**

Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y **no sea familiar del ASEGURADO o CONTRATANTE.**

Pérdidas Orgánicas

Por pérdida de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su anquilosamiento total; por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Período Activo Mínimo

Lapso de tiempo que deberá transcurrir para que un ASEGURADO, que haya sido indemnizado bajo una cobertura de esta Póliza, pueda ser nuevamente indemnizado en caso de que se presente un nuevo Evento.

Período de Espera

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

Periodo de Gracia

Plazo que la Compañía concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones, en caso de que proceda el pago en parcialidades.

Perito Médico

Médico Especialista certificado por el Consejo correspondiente, que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico del que se trate.

Póliza

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los cuestionarios y declaraciones adicionales, los Endosos, los recibos de pago, las cláusulas adicionales que se agreguen, los certificados y consentimientos que emita la Compañía, 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.

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.

Prima Neta

Importe de la Prima antes de considerar el Derecho de Póliza, Recargos.

Proponente

Es la Persona física/moral que solicita la celebración del Contrato de Seguro

Siniestro

Realización de la eventualidad cubierta prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización.

Suma Asegurada

Es la cantidad establecida en la carátula de la Póliza y/o Certificado individual de seguro por cada Cobertura y hasta por la que tendrá responsabilidad la COMPAÑÍA, en caso de proceder el Siniestro.

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 y/o certificado individual.

2. CLÁSULAS GENERALES**2.1. Contrato de Seguro**

Esta Póliza, la Solicitud, el Registro de Asegurados, los Consentimientos, los Certificados y los endosos que se agreguen los cuales deben estar previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el CONTRATANTE y La COMPAÑÍA.

2.2. Vigencia del contrato

El presente contrato entrará en vigor desde las 12:00 horas de la fecha de inicio de vigencia señalada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente y terminará a las 12:00 horas de la fecha de fin de vigencia indicada en el mismo documento.

2.3. Rectificación de la póliza

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

2.4 Modificaciones

Al ser este seguro un contrato de adhesión, no se podrán realizar modificaciones a las condiciones generales de este Contrato de Seguro, en consecuencia, cualquier persona carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

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

En caso de que exista alguna discrepancia entre algún Endoso y la Póliza, prevalecerá en todo momento lo contenido en el Endoso respectivo y este a su vez prevalecerá sobre cualquier otro Endoso con fecha anterior. Ningún agente ni cualquier otra persona podrá cambiar o modificar en alguna de sus partes las presente condiciones generales o endosos correspondientes.

2.5 Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados para cada Seguro de Grupo, el cual deberá contar con la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo;
- II. Suma Asegurada o Regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;
- IV. Operación y Plan de seguros de que se trate;
- V. Número de Certificado Individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá autorizar mediante reglas de carácter general, que las aseguradoras puedan utilizar de manera opcional datos que también les permita integrar dicha información.

A solicitud del Contratante, La Compañía deberá entregar copia de este registro.

2.6 Movimiento de Asegurados

El Contratante debe reportar los movimientos de alta, los de baja y los de aumento o disminución de beneficios, así como cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico.

2.7 Certificados Individuales

La Compañía expedirá y entregará los certificados individuales al Contratante, quien a su vez deberá entregarlos a los Asegurados.

Los certificados deberán contener los datos que requiere el artículo 16 del Reglamento de Seguro del Grupo, que entre otros consisten en: Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía, número de póliza, número de certificado, nombre del Contratante; nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado; fecha de vigencia tanto de la póliza como del certificado; Suma Asegurada o Regla para determinarla en cada beneficio; nombre de los beneficiarios y las principales cláusulas de la póliza.

2.8 Altas al Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas bajo las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

2.9 Bajas en el Grupo Asegurado

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, La Compañía devolverá la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

La base para la determinación del monto a devolver es la prima neta pagada descontado el gasto de adquisición, la proporción del riesgo no corrido se determinará como el cociente de la suma del valor presente de las obligaciones futuras a partir de la fecha de cancelación sobre la prima de riesgo del seguro.

En caso de que a La Compañía le sea notificado como Baja el Grupo Asegurado completo, es decir que existiera una disolución completa del Grupo Asegurado, la Póliza se dará por cancelada y se devolverán las proporciones del riesgo no corrido para cada uno de los integrantes.

2.10 Contribución de los Asegurados al Pago de la Prima

Los integrantes del Grupo Asegurado podrán o no contribuir en el pago de la prima correspondiente, situación que se determinará en la solicitud del seguro.

Cuando un integrante del Grupo Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, este podrá solicitar su baja de la Póliza de Seguro a la Compañía.

2.11 Designación de Beneficiarios

Todo integrante del grupo designará libremente a sus beneficiarios, pudiendo cambiar de beneficiarios en cualquier momento, mediante notificación por escrito a la Compañía.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a su sucesión. La misma regla se observará cuando el beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecienta por partes iguales a las de los demás, salvo estipulación en contrario.

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 nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

2.12 Cambio de Beneficiarios

El Asegurado podrá en cualquier tiempo hacer cambios en la designación de beneficiarios mediante notificación a La Compañía, la cual pagará el importe del seguro a los últimos beneficiarios de que haya tenido conocimiento, quedando así cumplida su obligación. El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable comunicándolo a la Compañía y al propio beneficiario, para su anotación correspondiente.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del Contrato sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. En el primer caso el importe del seguro para el Contratante no podrá ser mayor al saldo insoluto correspondiente.

2.13 Pago de la prima y período de gracia

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.

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.

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.

2.14 Edad

Para los efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio vigencia de esta Póliza o de la renovación correspondiente. Las edades de admisión fijadas por La Compañía son las establecidas en la carátula de la Póliza.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante La Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Si al inicio de vigencia del Certificado Individual de Seguro la edad real del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión, el Contrato de Seguro quedará rescindido para el Asegurado y La Compañía devolverá la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

La base para la determinación del monto a devolver es la prima neta pagada descontado el gasto de adquisición, la proporción del riesgo no corrido se determinará como el cociente de la suma del valor presente de las obligaciones futuras a partir de la fecha de cancelación sobre la prima de riesgo del seguro.

2.15 Ajuste de primas

En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, La Compañía cobrará o devolverá al Contratante o a los Asegurados, en su caso, la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrándose o devolviéndose dicha prima en un plazo no mayor a 30 días contados a partir de la fecha en que la Compañía haya recibido notificación por escrito del Contratante del movimiento en cuestión.

A cada miembro del Grupo que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato y a los que se separen definitivamente del Grupo, se les aplicará la cuota promedio por meses completos.

2.16 Carencia de Restricciones

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

2.17 Rehabilitación

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

Adicionalmente, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la COMPAÑÍA, una solicitud de rehabilitación en el formato que la misma tiene expresamente para este fin, firmada por el CONTRATANTE;
- b) Los integrantes del Grupo Asegurado presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía; y
- c) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que se fije para tal efecto.

El Contrato de Seguro se considerará rehabilitado, a partir del día en que la COMPAÑÍA comunique por escrito al CONTRATANTE haber aceptado la propuesta correspondiente.

Queda expresamente pactado que el CONTRATANTE no podrá rehabilitar este seguro cuando el Contrato de Seguro hubiere cesado sus efectos derivado de un préstamo automático cuando el mismo, incluyendo intereses, sea igual o rebase el monto del Valor de Rescate.

2.18 Renovación

Esta Póliza podrá tener una vigencia de un (1) año o un plazo menor, la misma se señalará en la Carátula, y la Compañía podrá renovarla mediante endoso a la misma, por periodos de igual duración, mediante endoso a la póliza **en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para las Operaciones de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.**

2.19 Terminación del seguro

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

- a) Término del plazo de Vigencia de todas las Coberturas contratadas.
- b) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza.
- c) Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado.

Además, cada certificado terminará:

- a) Cuando el Asegurado lo solicite.
- b) Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado.
- c) Cuando el Asegurado haya solicitado el Anticipo por Enfermedad Terminal y el monto de éste sea equivalente a la indemnización a que tuviesen derecho los Beneficiarios en el caso de fallecimiento del Asegurado.

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

2.20 Disputabilidad

Este Contrato de Seguro, dentro de los dos primeros años de vigencia, será disputable por omisiones o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el CONTRATANTE y/o los ASEGURADOS para la apreciación del riesgo. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula, se contará a partir de la fecha en que quedo asegurado.

El Contrato de Seguro podrá ser rescindido para un ASEGURADO en caso de omisiones o inexactitud en las declaraciones de los hechos importantes para la apreciación de los riesgos, hechas en el Consentimiento que sirvió de base para su contratación.

2.21 Omisiones o declaraciones inexactas

El CONTRATANTE y el ASEGURADO están obligados a declarar por escrito a La COMPAÑÍA, de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aun y cuando no hayan influido en la realización del siniestro.

Lo previsto en esta cláusula, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

2.22 Aviso de Siniestro

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del Siniestro y del derecho constituido a su favor.

Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, mismos que se transcribe a continuación:

“Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.”

“Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento”.

2.23 Conocimiento del siniestro

Tan pronto como el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de La COMPAÑÍA, quien a su vez les indicará la documentación y los formatos que por esta razón es necesario presentar.

La COMPAÑÍA quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el CONTRATANTE y/o, el ASEGURADO o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con

la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del siniestro.

La COMPAÑÍA tendrá el derecho de exigir del CONTRATANTE y/o del ASEGURADO o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

2.24 Pérdida del derecho a recibir la indemnización

Las obligaciones de La COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o 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 que para este fin haya solicitado La COMPAÑÍA.

2.25 Arbitraje Médico

En caso de controversia entre las partes sobre el diagnóstico de la Invalidez Total y Permanente, se aplica el procedimiento establecido a continuación a efecto de determinar el estado de Invalidez de acuerdo a la definición.

El Asegurado podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo y por escrito, por el Asegurado y La Compañía, a fin de someterse a un arbitraje privado. El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

La Compañía acepta que si el Asegurado acude ante un Perito Médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

Los asegurados podrán optar por este procedimiento sin perjuicio a lo señalado en la Cláusula de "Competencia".

2.26 Pago de indemnizaciones

Todos los pagos que La COMPAÑÍA resulte obligada a satisfacer a favor del ASEGURADO o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán en las Oficinas de La COMPAÑÍA, a través de cheque de caja a nombre del Asegurado o Beneficiario, según sea el caso.

Para proceder al pago de cualquier cantidad estipulada en la presente Póliza por motivo de los riesgos amparados por la misma, es indispensable que se compruebe a La COMPAÑÍA, la realización del evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación.

La COMPAÑÍA pagará la indemnización que corresponda dentro de los 30 días siguientes a que reciba la información y la documentación que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

2.27 Documentación solicitada para el Pago de Indemnizaciones

Enunciativa mas no limitativamente, la documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización a los Beneficiarios será la siguiente:

I. Para Fallecimiento

Se deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Certificado de defunción,
- b) Acta de defunción,
- c) Identificación del asegurado, si la tuviesen
- e) Declaración del beneficiario (una por cada beneficiario),
- f) Declaración del médico que certificó la muerte,
- g) Copia de identificación oficial del médico que certificó la muerte, si la tuviesen
- h) Historia clínica de asegurado, en caso de que la muerte haya sido accidente.
- k) Estado de cuenta bancaria por beneficiario para pago del siniestro,
- l) Identificación oficial por beneficiario,
- n) Comprobante de domicilio Beneficiario,
- o) CURP del beneficiario

En caso de muerte accidental, los Beneficiarios o su representante legal, deberán entregar adicionalmente a lo anterior, lo siguiente:

- Copia certificada de las actuaciones del ministerio público competente para conocer del caso, en donde conste la relación de hechos.

II. Para Invalidez

Para el pago de la suma asegurada por Invalidez Total y/o Permanente del Asegurado, se deberá entregar a La Compañía la documentación siguiente:

- a) Constancia del dictamen de invalidez total y/o permanente, expedida por el médico autorizado.
- b) Solicitud de pago del Asegurado o bien de su representante debidamente acreditado;
- c) Identificación oficial vigente del Asegurado con fotografía;
- d) Copia del comprobante de domicilio, no mayor a tres meses de antigüedad.
- e) Si existe, formato de solicitud de pago que para tal efecto proporcione La Compañía.

En caso de que el Asegurado sufra la invalidez con motivo de un accidente y se haya levantado el acta ante el ministerio público, o bien acta de hechos, deberá presentarse ésta, como complemento a la documentación que se integre para la reclamación ante La Compañía, con la finalidad de conocer las circunstancias del mismo.

Para el inicio de la invalidez se tomará la fecha del dictamen de la misma; y sólo se indemnizarán los siniestros por invalidez dictaminados dentro de la vigencia de la póliza.

En caso de ser necesario, La Compañía podrá solicitar los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada.

Los Asegurados derechohabientes del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) deberán presentar el "Dictamen de Invalidez" que dichas Instituciones emitan, La Compañía considera plenamente válido dicho Dictamen siempre y cuando esté emitido bajo los formatos y cumpliendo con las formalidades que dichas Instituciones manejen en tanto corresponda a un "Dictamen de Invalidez Total y Permanente".

Asegurados no derechohabientes del Sector Salud, deberán presentar el "Dictamen de Invalidez Total y Permanente" que les haya emitido un Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo y siempre y cuando no sea emitido por un Profesional que tenga algún tipo de parentesco de cualquier tipo y grado con el Asegurado o Contratante, La Compañía tendrá el derecho, de que dicho dictamen sea evaluado y avalado por el Médico Dictaminador de La Compañía, el cual

deberá ser médico especialista en el ramo que haya dado origen a la Invalidez total y permanente, con el objeto de corroborar cualquier hecho o circunstancia relacionado con la reclamación y con las pruebas aportadas a efecto de acreditar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Médico de La Compañía que evalúe el dictamen deberá ser un especialista en la materia.

Sólo en aquellos casos en que se requiera de información y/o documentación adicional para comprobar las circunstancias de la realización y las consecuencias del siniestro, la Compañía podrá solicitarla al Asegurado y/o Beneficiarios, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el contrato de seguro

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el Certificado, no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente sustituyendo el Certificado. En uno y otro caso, deberá ajustarse la prima a la nueva suma asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

2.28 Pruebas

El reclamante presentará a su costa a La COMPAÑÍA, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y el derecho de quienes solicitan el pago. La COMPAÑÍA tendrá derecho a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. **La obstaculización por parte del CONTRATANTE o del ASEGURADO para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a La COMPAÑÍA de cualquier obligación respecto de la reclamación de que se trate.**

2.29 Suicidio

En caso de suicidio del ASEGURADO dentro de los dos primeros años de vigencia de las coberturas, La COMPAÑÍA solamente reembolsará la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

En caso de rehabilitación, el período de dos años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o el Certificado Individual correspondiente.

La base para la determinación del monto a devolver es la prima neta pagada descontado el gasto de adquisición, la proporción del riesgo no corrido se determinará como el cociente de la suma del valor presente de las obligaciones futuras a partir de la fecha de cancelación sobre la prima de riesgo del seguro.

2.30 Comunicación

Todas las comunicaciones del CONTRATANTE o del ASEGURADO hacia La COMPAÑÍA deberán dirigirse por escrito a su domicilio, el cual se indica en la carátula de la Póliza y en Certificado Individual. Las comunicaciones que esta última realice a aquéllos, deberán dirigirlas al último domicilio del que tenga conocimiento.

2.31 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: Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

Teléfono: 55 1103 7000

Correo: consultasyquejas@prudential.com

Horarios de atención: Lunes a Viernes de 8:00 horas 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

2.32 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sean por parte del CONTRATANTE o de La COMPAÑÍA, se efectuarán en moneda nacional de los Estados Unidos Mexicanos en la fecha en que se efectúen los mismos.

2.33 Comisión o compensación directa

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

2.34 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 sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al ASEGURADO, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

“Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de 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.”

2.35 Responsabilidad Fiscal

Queda establecido y entendido entre las partes que cada una de ellas es responsable de pagar los impuestos que a cada cual le correspondan, conforme a la legislación fiscal vigente o conforme a aquella que le sustituya. Por tanto, ninguna de las partes será considerada como obligada solidaria de su contraparte respecto de las obligaciones de carácter fiscal que le correspondan; sin perjuicio de que la Compañía realice las retenciones que señalen las disposiciones fiscales aplicables, con el fin de enterarlas por cuenta de terceros.

El Contratante sabe y entiende la naturaleza jurídica de esta póliza de seguro, así como que su uso es para los fines de protección y aseguramiento previstos en la misma. El Contratante se obliga a asumir las posibles infracciones a las disposiciones fiscales vigentes, así como las responsabilidades de cualquier índole en las que incida derivados del mal uso, utilización diversa o indebida que dé a esta póliza de seguro.

2.36 Prescripción

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

2.37 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**

2.38 Cambio de contratante

Cuando haya un cambio de CONTRATANTE, La COMPAÑÍA podrá rescindir el Contrato de Seguro dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al CONTRATANTE. La COMPAÑÍA reembolsará a éste la proporción del riesgo no corrido de la prima neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

La base para la determinación del monto a devolver es la prima neta pagada descontado el gasto de adquisición, la proporción del riesgo no corrido se determinará como el cociente de la suma del valor presente de las obligaciones futuras a partir de la fecha de cancelación sobre la prima de riesgo del seguro.

2.39 Entrega de la Documentación Contractual

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 al Contrato de Seguro celebrado, siendo ésta la Póliza. La entrega se hará a través de cualquiera de los siguientes medios: (i) vía correo electrónico, previo al consentimiento para ello por parte del Contratante, (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 las oficinas de la COMPAÑÍA, cuyos domicilios se indican en la página en internet: www.prudentialseguros.com.mx/, o bien, a través de la Unidad de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

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.

2.40 Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado de Seguro que se expedirá al ASEGURADO por conducto del CONTRATANTE no concuerda con la regla de Suma Asegurada, La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, La COMPAÑÍA por su propio derecho, o a solicitud del CONTRATANTE, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado Individual de Seguro. En uno u otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

2.41 Entrega de Certificados Individuales y documentación contractual a los Asegurados

La Compañía, previo convenio con el Contratante, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar los certificados individuales, mediante alguna de las siguientes opciones:

- Proporcionando al Contratante los certificados individuales para su entrega a los asegurados.
- Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En todos los casos, el Asegurado puede solicitar a la Compañía el certificado individual correspondiente. Para tal efecto, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, en dicho escrito deberá informar la forma en que desea sea enviado el Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Compañía enviará dentro de los 30 días siguientes dicho documento al Asegurado.

2.42 Seguro como prestación Laboral

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, se debe cumplir con lo siguiente:

La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

La Compañía manifiesta que, para efecto de la presente cláusula, tiene registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y opera un plan individual ordinario de vida.

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

3.1 Cobertura Básica:

Todas las coberturas descritas en este apartado, operan con sumas aseguradas independientes y la responsabilidad máxima de La COMPAÑÍA es la establecida en la carátula del Certificado Individual del asegurado, en ningún caso la indemnización será superior a este límite.

3.1.1 Fallecimiento

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura al Beneficiario, si el Asegurado fallece dentro de la vigencia del certificado individual correspondiente, conforme a lo estipulado en este contrato.

Las edades mínima y máxima para la contratación de las coberturas descritas en este numeral son 15 y 70 años, respectivamente, en tanto que la edad máxima de renovación será hasta los 99 años.

3.1.2 Anticipo por Gastos Funerarios

Al fallecimiento del Asegurado, con la sola presentación del certificado individual, si lo tuviesen y del certificado médico de defunción, y siempre que hubieren transcurrido más de dos años desde su expedición o su última rehabilitación y/o de la contratación de aumentos de suma asegurada, la Compañía realizará un anticipo que será del 30% de la Suma Asegurada Básica sin exceder el equivalente de 60 UMA mensuales. Dicho monto de anticipo será descontado de la suma asegurada de la cobertura básica contratada al inicio de vigencia.

3.1.3 Anticipo por Enfermedad Terminal

A solicitud del Asegurado, la Compañía pagará el Anticipo por Enfermedad Terminal previsto en esta cláusula, siempre y cuando haya recibido por primera vez y durante la vigencia de la misma, un diagnóstico de Enfermedad Terminal cuya expectativa de vida sea menor a seis meses. Lo anterior, en el entendido que dicho anticipo será del 50% de la Suma Asegurada Básica sin exceder el equivalente de 200 UMA mensuales. Dicho monto de anticipo será descontado de la suma asegurada de la cobertura básica contratada al inicio de vigencia.

3.2 Coberturas Adicionales

Las presentes coberturas son opcionales para el asegurado y de aparecer como amparadas en la Carátula del Certificado, la Compañía cubrirá en adición a las coberturas básicas lo siguiente:

3.2.1 Muerte Accidental

El Contratante, si así lo desea, podrá elegir incorporar a su paquete de protección una de las opciones de cobertura por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas que se describen en este apartado, lo anterior mediante el pago correspondiente de la prima para esta cobertura.

Las coberturas aquí descritas son mutuamente excluyentes, por lo que el Contratante únicamente podrá elegir una de ellas para todo el grupo.

3.2.2 Indemnización por Muerte Accidental (MA)

En caso de aparecer como contratada en el Certificado Individual del seguro, La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura a los Beneficiarios designados, si a consecuencia de un accidente, el Asegurado fallece en la fecha del accidente o dentro de los 90 días siguientes. El pago se efectuará siempre y cuando el accidente ocurra encontrándose vigente la cobertura, así como el Certificado correspondiente.

Las edades mínima y máxima para la contratación serán de 15 y 64, respectivamente, en tanto que la edad de cancelación será de 65 años.

3.2.3 Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas “Escala A” (IMAPOA)

La Compañía indemnizará según la tabla que aparece a continuación, si a consecuencia directa de algún accidente amparado, ocurre la muerte o alguna(s) pérdida(s) orgánica(s) en la persona del Asegurado.

Pérdida Ocurrida	% de Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Muerte	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

La responsabilidad de La Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

Las edades mínima y máxima para la contratación serán de 15 y 64, respectivamente, en tanto que la edad de cancelación será de 65 años.

3.2.4 Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas “Escala B” (IMAPOB)

La Compañía indemnizará según la tabla que aparece a continuación, si a consecuencia directa de algún accidente amparado, ocurre la muerte o alguna(s) pérdida(s) orgánica(s) en la persona del Asegurado.

Pérdida Ocurrida	% de Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Muerte	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos.	30%
La vista de un ojo	30%

Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa de los oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	25%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cm	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

La responsabilidad de La Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas.

Las edades mínima y máxima para la contratación serán de 15 y 64, respectivamente, en tanto que la edad de cancelación será de 65 años.

3.2.5 Indemnización por Muerte Accidental en Accidente Colectivo (IMAPOCA)

Mediante esta cobertura quedan amparados los beneficios especificados en la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, duplicándose la indemnización correspondiente si la muerte o la Pérdida Orgánica amparada causada por el Accidente son sufridas por el Asegurado:

- Mientras viaje como pasajero en algún vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transportes públicos contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, con exclusión de los ascensores usados en minas.
- A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.
- Cuando se encuentre en un evento público y ocurran más de tres muertes o sufran alguna Pérdida Orgánica, en forma simultánea y que se consideren que han muerto o sufrido alguna Pérdida Orgánica, a consecuencia de un accidente por autoridad competente.

La Compañía" indemnizará según la tabla que aparece para la cobertura Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas "Escala A" (IMAPOA)

La responsabilidad de La Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas. En caso de accidente colectivo, los porcentajes indicados en la tabla anterior valdrán el doble.

Las edades mínima y máxima para la contratación serán de 15 y 64, respectivamente, en tanto que la edad de cancelación será de 65 años.

3.2.6 Indemnización por Muerte Accidental en Accidente Colectivo (IMAPOCB)

Mediante esta cobertura quedan amparados los beneficios especificados en la Cobertura de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, duplicándose la indemnización correspondiente si la muerte o la Pérdida Orgánica amparada causada por el Accidente son sufridas por el Asegurado:

- a) Mientras viaje como pasajero en algún vehículo público, no aéreo, con licencia para llevar pasajeros y operado por una empresa de transportes públicos contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor que opere servicio de pasajeros, con exclusión de los ascensores usados en minas.
- c) A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.
- d) Cuando se encuentre en un evento público y ocurran más de tres muertes o sufra alguna Pérdida Orgánica, en forma simultánea y que se consideren que han muerto o sufrido alguna Pérdida Orgánica a consecuencia de un accidente por autoridad competente.

La Compañía indemnizará según la tabla que aparece dentro de la cobertura Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas "Escala B" (IMAPOB)

La responsabilidad de La Compañía en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriese, en uno o más eventos, varias de las pérdidas especificadas. En caso de accidente colectivo, los porcentajes indicados en la tabla anterior valdrán el doble.

Las edades mínima y máxima para la contratación serán de 15 y 64, respectivamente, en tanto que la edad de cancelación será de 65 años.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS:

- a) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado hacia su persona, aun cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- b) **Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- c) **Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- d) **Lesiones sufridas en servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones o alborotos populares.**
- e) **Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.**
- f) **Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- g) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- h) **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo en que participe directamente el Asegurado.**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.**
- j) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de alpinismo, buceo, esquí, box, artes marciales, paracaidismo,**

- vuelos delta, espeleología, cacería, rapel, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- k) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - l) Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, cualquier que fuesen las manifestaciones clínicas.
 - m) Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un accidente.
 - n) Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.
 - o) Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de bebidas embriagantes, cualquiera que sea su grado, o bien por estar bajo los efectos de enervantes, estimulantes o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
 - p) Envenenamiento, excepto accidental.
 - q) Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de Radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.

3.3 Invalidez Total y Permanente

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura al Asegurado, si este sufre estado de Invalidez Total y Permanente durante la vigencia del certificado individual. .

Comprobación del estado de invalidez

El ASEGURADO que pretenda una indemnización al amparo de este beneficio, deberá presentar su reclamación en las formas que al efecto le proporcione La COMPAÑÍA, en las que deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican, y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Asegurados derechohabientes del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.) deberán presentar el “Dictamen de Invalidez” que dichas Instituciones emitan, La COMPAÑÍA considera plenamente válido dicho Dictamen siempre y cuando esté emitido bajo los formatos y cumpliendo con las formalidades que dichas Instituciones manejen en tanto corresponda a un “Dictamen de Invalidez Total y Permanente”

Asegurados no derechohabientes del Sector Salud, deberán presentar el “Dictamen de Invalidez Total y Permanente” que les haya emitido un Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo y siempre y cuando no sea emitido por un Profesional que tenga algún tipo de parentesco de cualquier tipo y grado con el ASEGURADO o CONTRATANTE, La COMPAÑÍA tendrá el derecho, de que dicho dictamen sea evaluado y avalado por el Médico Dictaminador de La COMPAÑÍA, el cual deberá ser médico especialista en el ramo que haya dado origen a la Invalidez total y permanente, con el objeto de corroborar cualquier hecho o circunstancia relacionado con la reclamación y con las pruebas aportadas a efecto de acreditar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Médico de La COMPAÑÍA que evalúe el dictamen deberá ser un especialista en la materia.

Arbitraje médico

En caso de controversia entre las partes sobre el diagnóstico de la Invalidez Total y Permanente, se aplica el procedimiento establecido a continuación a efecto de determinar el estado de Invalidez de acuerdo a la definición.

El ASEGURADO podrá optar en acudir ante un Perito Médico que sea designado de común acuerdo y por escrito, por el ASEGURADO y La COMPAÑÍA, a fin de someterse a un arbitraje privado. El Perito Médico no deberá estar vinculado con ninguna de las partes y al ser designado árbitro deberá manifestar su total independencia e imparcialidad respecto al conflicto que va a resolver, así como revelar cualquier aspecto o motivo que le impidiese ser imparcial.

La COMPAÑÍA acepta que si el ASEGURADO acude ante un Perito Médico se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. El procedimiento no tendrá costo alguno para el ASEGURADO y en caso de existir será liquidado por La COMPAÑÍA.

Los asegurados podrán optar por este procedimiento sin perjuicio a lo señalado en la Cláusula de "Competencia".

Cancelación

La cobertura de Invalidez quedará cancelada automáticamente para cada asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La COMPAÑÍA, en el aniversario de la Póliza inmediato posterior en que la edad cumplida del ASEGURADO sea de 70 años, siempre y cuando no se presente el estado de invalidez total y permanente durante la vigencia del certificado individual.

Terminación de la cobertura

La cobertura terminará cuando:

- Cuando el Asegurado fallezca.
- Cuando se termine la vigencia de la cobertura y no se renueva.
- Cuando la edad del Asegurado esté fuera de los límites de edad establecidos.
- Al momento en que el Asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

Las edades mínima y máxima para la contratación serán de 16 y 64, respectivamente.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de "La Compañía" provenientes de esta cobertura y de la Póliza de la cual forma parte.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

La cobertura no ampara cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- Lesiones provocadas intencionalmente por el propio ASEGURADO.**
- Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- Lesiones sufridas en actos delictivos intencionales cometidos por el propio ASEGURADO.**
- Riña, siempre que el ASEGURADO sea el provocador.**
- Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo en los que el ASEGURADO participe directamente.**
- Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor.**

- h. **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades de paracaidismo, parapente, vuelos delta, vuelos ultraligeros, buceo, alpinismo, charrería, esquí y tauromaquia.**
- i. **Lesiones sufridas estando bajo influencia de alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.**
- j. **Enfermedades Preexistentes, con pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia de la Póliza**
- k. **Invalidez originada o diagnosticada con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza o del Certificado**

ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO (APLICABLE PARA LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE QUE EXCLUYE ENFERMEDADES PREEXISTENTES)

En caso de que La Compañía rechace un siniestro como consecuencia de un padecimiento o enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto la Compañía como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de la celebración del contrato.

En ese caso, la Compañía y el Asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por la Compañía.

4. MARCO NORMATIVO

4.1 Aviso de Privacidad Simplificado

Los datos personales que proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Torre Carracci Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, quien es Responsable del tratamiento de sus datos personales. Los datos personales y, en su caso, los datos personales sensibles recabados serán tratados para las siguientes finalidades: (i) identificación, registro y contacto; (ii) evaluación del riesgo correspondiente; (iii) formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio; (iv) brindar atención y seguimiento, así como administrar, mantener o renovar el contrato de seguro, producto y/o servicio; (v) dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de las disposiciones legales aplicables; y (vi) envío de información con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial para informarle sobre nuevos lanzamientos, productos, servicios o promociones. Para conocer más información sobre el tratamiento de sus datos personales, así como el ejercicio de sus derechos ARCO consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral disponible en <https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>.

4.2 Liga a Cita de Preceptos 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>

4.3 Invitación para Consultar al RECAS

Este contrato de seguro lo podrá consultar a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a través de la siguiente dirección electrónica www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 26 de julio de 2022, con el número CNSF-S0106-0468-2021/CONDUSEF-005127-03"