

CONDICIONES GENERALES
SEGURO MASIVO VIDA INDIVIDUAL
“PAGOS PROTEGIDOS”

Muestra sin valor

Contenido

1.	DEFINICIONES	4
2.	OBJETO DEL SEGURO	9
3.	DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.....	10
3.1	Cobertura Básica.....	10
3.1.1	Cobertura de Muerte por cualquier causa	10
3.2	Coberturas Adicionales	10
3.2.1	Pérdida de Ingreso por Desempleo Involuntario (Perfil A).....	11
3.2.2	Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad (Perfil B)	12
3.2.3	Pérdida de Ingreso por Fractura de huesos (Perfil B).....	14
3.3	Riesgos excluidos para las Coberturas adicionales.....	16
4.	CLÁUSULAS GENERALES	16
4.1	VIGENCIA DEL CONTRATO	17
4.2	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	17
4.3	BENEFICIARIOS.....	17
4.4	MODIFICACIONES	18
4.5	PRIMA DEL SEGURO	18
4.6	LÍMITES DE EDAD	19
4.7	CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	19
4.8	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.....	19
4.9	TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....	20
4.10	PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO PARA LA RECLAMACIÓN DEL SINIESTRO	20
4.11	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.....	20
4.12	VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SERVICIOS RECURRENTES CUBIERTOS.....	21
4.13	DOLO O MALA FE.....	21
4.14	PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.....	21
4.15	AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	22
4.16	COMUNICACIONES	23
4.17	MONEDA	24
4.18	COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA	24
4.19	INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	24
4.20	PRESCRIPCIÓN	24
4.21	ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	24

4.22	TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO	25
4.23	USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	26
4.24	COMPETENCIA	26
4.25	INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS	26
4.26	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES DE PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO.....	26
4.27	LIGA A CITA DE PRECEPTOS LEGALES Y ABREVIATURAS.....	27
	Anexo de Edades de aceptación y cancelación.....	28

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la Compañía o la Aseguradora, emite las condiciones generales de la presente Póliza en favor de la persona identificada como Asegurado en la Carátula de la Póliza para cubrir los riesgos detallados más adelante, siempre y cuando tales riesgos se señalen como amparados en la Carátula de la Póliza y mientras se encuentre vigente al momento del Sinistro y sea en apego a los términos y condiciones y cláusulas del presente Contrato de Seguro.

1. DEFINICIONES

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

Accidente

Es todo acontecimiento provocado por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del Asegurado y que le origina directamente lesiones corporales.

Para efectos de este seguro no se considerarán Accidentes las lesiones, mutilaciones o muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Accidente Cubierto

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales o incluso la muerte, de forma directa e inmediata o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de haber ocurrido el Accidente, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor en la fecha del Accidente y se trate de un acontecimiento que no esté expresamente excluido en estas Condiciones Generales. Todas las lesiones sufridas como consecuencia de un mismo Accidente se considerarán como un sólo Evento. **No se considera Accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.**

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste, también se considerará Accidente Cubierto:

1. La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
2. La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
3. Envenenamiento involuntario por ingestión de sustancias tóxicas o medicamentos.

Asegurado

Es aquella persona física, que ha otorgado su consentimiento, para estar protegida a través del Contrato de Seguro y que se encuentra amparada conforme a las coberturas contratadas previstas en esta Póliza, cuyos datos aparecen en la Carátula de la Póliza y que realiza el pago de los Servicios Recurrentes Cubiertos a través de los Métodos de Pago Autorizados. Siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos en el Contrato de Seguro.

Autoempleado

Para efectos del presente contrato, se entenderá aquella persona que realiza una actividad de trabajo y consiste en generar ingresos de forma autónoma y que tiene manera de comprobarlo a través del pago de los impuestos correspondientes, que por su actividad no es elegible a la cobertura por Pérdida de Ingreso por Desempleo Involuntario, por no tener un contrato laboral subordinado de conformidad con la Ley Federal del Trabajo.

De manera ejemplificativa y no limitativa, se considerarán a quienes son dueños de una empresa, a los profesionistas independientes que ofrecen sus servicios, comerciantes y a los trabajadores no formales o por honorarios.

Beneficiario

Persona física o moral designada por el Asegurado mediante el formato de designación de beneficiarios o el último Endoso correspondiente, para recibir la Indemnización que proceda. Para efectos del presente Contrato,

tratándose de Coberturas Adicionales distintas a la de Fallecimiento, el Asegurado podrá ser designado como Beneficiario para recibir la Indemnización correspondiente, conforme a estas Condiciones Generales.

En caso de que no exista designación de Beneficiarios, se estará a lo previsto en la Cláusula 4.3. "Beneficiarios", conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales.

Contrato de Seguro

Es el documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Estas condiciones generales, la Póliza, la Carátula de la Póliza, cláusulas adicionales y los Endosos que se agreguen constituyen prueba plena del Contrato de Seguro.

Contratante

Es la persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro con la Compañía y sobre el cual recae la obligación de pago de las Primas correspondientes.

El Contratante podrá ser el propio Asegurado, en caso de que sea otro diferente se hará constar en la Carátula de la Póliza.

Culpa Grave

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de obligaciones. Es cuando la persona omite las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

Desempleado

Será aquella persona que se encuentre sin ninguna actividad laboral.

Desempleo Involuntario

Es la terminación de la relación de trabajo del Asegurado durante la Vigencia de la Póliza, por causas ajenas a su voluntad y sin responsabilidad alguna, perdiendo dicha fuente de ingreso, y encuadre en alguna de las causales establecidas en el artículo 51 de la Ley Federal del Trabajo o por despido injustificado.

Despido por Faltas Graves

Son aquellas causales de rescisión de la relación laboral sin responsabilidad para el patrón establecidas en el artículo 47 en la Ley Federal del Trabajo.

Diagnóstico

Es el dictamen sobre un padecimiento o condición de este, que efectúa un Médico, 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

Documento emitido por la Compañía, previamente registrado ante la CNSF, que modifica, aclara, adiciona o deja sin efecto algunas partes de las Condiciones Generales o Condiciones Particulares del Contrato de Seguro.

Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, diagnosticada por un Médico con cédula profesional, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza y siempre y cuando dicha alteración sea posterior a la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza y que esta última se encuentre en vigor.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

Enfermedad Preexistente

Se entenderá por Enfermedad Preexistente aquella que presente cualquiera de las características siguientes:

- Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro se haya declarado su existencia; o
- Que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un Diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de Diagnóstico, con anterioridad a la celebración del Contrato de Seguro; o
- Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro el Asegurado haya efectuado gastos comprobables documentalmente para recibir tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un Diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado o Beneficiario el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

Al amparo de este seguro no están cubiertas Enfermedades o padecimientos Preexistentes, exceptuando la cobertura 3.1.1 Cobertura de Muerte por cualquier causa. La cobertura básica de muerte por cualquier causa contiene una única exclusión que está contenida dentro de la cláusula 3.1.1.1 de las Condiciones Generales.

Empleado Formal

Son aquellos Asegurados que hayan estado contratados como Empleados Formales con un contrato de empleo permanente o con duración indeterminada en jornada laboral completa (al menos 40 (cuarenta) horas semanales) siendo los 6 (seis) meses más recientes con el mismo empleador, y habiendo pagado todas las contribuciones de Seguridad Social conforme a la Ley y que puedan validar la condición anterior mediante recibos de sueldo y constancia de semanas cotizadas.

Empleado Informal

Son aquellas personas que realicen actividades no registradas, sin un contrato laboral o sin seguridad social. De manera ejemplificativa y no limitativa se considerarán: comerciantes ambulantes, agricultores, personal de servicios domésticos.

Evento o Eventualidad

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.

Fractura

Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea en la persona, discontinuidad de los huesos a consecuencia de golpes, fuerza o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Hospital

Es la Institución Pública o Privada legalmente autorizada por las autoridades sanitarias para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes mediante la atención de Médicos, durante las 24 (veinticuatro) 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.

Se incluyen en esta definición los sanatorios y clínicas que cumplan con la descripción anterior, de no cumplirlo se entenderán excluidos.

Quedan excluidas las instituciones de convalecencia, cuidado de ancianos y centros de descanso, cuidado de alcoholólicos o drogadictos.

Hospitalización

Es la estadía del Asegurado como interno en un Hospital, ya sea por tratamiento u observación médicamente necesarios o como consecuencia de un Accidente.

Indemnización

Es el pago de la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado o el Beneficiario, según corresponda, como consecuencia de la ocurrencia de un Siniestro cubierto por esta Póliza.

Institución de Seguridad Social

Institución que provee de seguridad social a sus afiliados, para efectos del presente seguro, se considerarán de manera ejemplificativa al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Médico

Persona legalmente autorizada mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina, incluyendo Médico cirujano homeópata.

Método de Pago Autorizado

El canal, medio o mecanismo expresamente indicado en la Carátula de la Póliza, a través de los cuales el Asegurado pueda realizar pagos de los Servicios Recurrentes Cubiertos, siempre que permita identificarlo, verificar el Servicio Recurrente pagado y genere un comprobante o registro emitido por el propio canal o proveedor del servicio, susceptible de validación por la Compañía.

Se consideran, de forma enunciativa más no limitativa:

- a) Aplicaciones móviles
- b) Portales de banca electrónica
- c) Cajeros automáticos
- d) Corresponsables bancarios
- e) Establecimientos comerciales o autoservicios
- f) Terminales o kioskos de autoservicio

Período de Carencia

Es el periodo que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Vigencia que aparece en la Carátula la Póliza o en la Cobertura, durante el cual, el Asegurado no estará amparado por aquellas coberturas que tengan esta estipulación, transcurrido dicho tiempo se encontrará cubierto el Asegurado.

El Periodo de Carencia solo aplicará por una única ocasión, al inicio de la Vigencia que aparece en la Carátula de la Póliza y no aplicarán en las renovaciones subsecuentes.

Periodo de Espera

Se define como el lapso mínimo que debe transcurrir continua e ininterrumpidamente a partir de la fecha de realización del Evento correspondiente al riesgo amparado de cada cobertura, a fin de que el Asegurado pueda reclamar su Indemnización, el cual está indicado en la Carátula de la Póliza.

Periodo de Gracia

Es el plazo con el que cuenta el Contratante y/o Asegurado para hacer el pago de la Prima o la parcialidad correspondiente, a efecto de que no cesen los efectos de la Póliza.

Periodo de Referencia

Intervalo de tiempo establecido en la Carátula de la Póliza, aplicable para la verificación de pagos del Servicio Recurrente Cubierto, en caso de reclamación. Los pagos realizados dentro de este periodo y efectuados mediante el Método de Pago Autorizado serán considerados para determinar la Suma Asegurada, conforme a las Condiciones Generales.

Póliza y/o Contrato de Seguro

Documentos que componen este Contrato, como lo son la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y particulares, Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios y, en su caso, los Endosos que se adicionen.

Prima

Es la contraprestación económica a favor de la Compañía, cuya frecuencia de pago y monto se estipula en la Carátula de la Póliza.

Relación Laboral o de Trabajo

Se entiende por relación laboral o de trabajo, cualquiera que sea el acto que le dé origen, la prestación de un trabajo personal subordinado a una persona, mediante el pago de un salario.

Contrato individual de trabajo, cualquiera que sea su forma o denominación, es aquel por virtud del cual una persona se obliga a prestar a otra un trabajo personal subordinado, mediante el pago de un salario.

La prestación de un trabajo a que se refiere el párrafo primero y el contrato celebrado producen los mismos efectos y la misma provoca un nexo entre un trabajador que es dado de alta como tal ante IMSS o ISSSTE y un empleador que cuente con registro federal de contribuyentes.

Siniestro

Realización de la Eventualidad cubierta y prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de una Indemnización, siempre y cuando se encuentre expresamente amparada bajo los términos y condiciones de la Póliza y el Siniestro haya ocurrido mientras la misma estuviere vigente.

Servicios Recurrentes

Pagos, erogaciones o suscripciones que el Asegurado realiza de forma periódica, continua y verificable, a favor de un mismo proveedor o por un mismo concepto, realizados a través del Método de Pago Autorizado, que implican una obligación recurrente de pago y generan comprobantes documentales o electrónicos trazables.

La existencia de un Servicio Recurrente no implica por sí misma cobertura o Indemnización bajo este Contrato de Seguro, salvo que dicho servicio se encuentre expresamente delimitado como Servicio Recurrente Cubierto conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales.

Servicios Recurrentes Cubiertos

Conjunto de Servicios Recurrentes especificados en la Carátula de la Póliza, cuyo pago recurrente y verificable realizado por el Asegurado mediante Métodos de Pago Autorizados durante la Vigencia de la Póliza será considerado para efectos de cobertura, conforme al Periodo de Referencia.

La delimitación de los Servicios Recurrentes Cubiertos en la Carátula de la Póliza tiene por objeto garantizar certeza al Asegurado sobre los conceptos efectivamente amparados, evitando interpretaciones extensivas sobre **servicios no comprendidos, salvo que se encuentren específicamente listados como cubiertos.**

Suma Asegurada

Monto de dinero correspondiente a la Indemnización que la Compañía se obliga a pagar al ocurrir un Siniestro cubierto, el cual será el determinado conforme al monto acumulado de los pagos de Servicios Recurrentes Cubiertos efectuados por el Asegurado durante el Periodo de Referencia, contado a la fecha de ocurrencia del Evento, sin ser inferior a la Suma Asegurada Mínima ni superior a la Suma Asegurada Máxima establecidas en la Carátula de Póliza.

Estas sumas aplican uniformemente a todas las coberturas amparadas.

Suma Asegurada Mínima

Monto mínimo garantizado, indicado en la Carátula de la Póliza, que la Compañía pagará por cualquier cobertura, aun cuando la suma del monto de pagos de Servicios Recurrentes Cubiertos sea inferior a dicho valor.

Suma Asegurada Máxima

Monto máximo, señalado en la Carátula de la Póliza, que la Compañía pagará por cualquier cobertura, aun cuando la suma del monto pagos de Servicios Recurrentes Cubiertos sea superior al límite establecido en la Póliza.

Tratamientos Ambulatorios

Son procedimientos médicos que se realizan en un Hospital, sin necesidad de pasar la noche o ser considerado como internado en el Hospital.

Vigencia

Es el periodo indicado en la Carátula de la Póliza, durante la cual el Asegurado queda cubierto bajo la Póliza contratada.

2. OBJETO DEL SEGURO

El presente producto es contratado de forma voluntaria y tiene por objeto brindar al Asegurado una protección económica en caso de fallecimiento u otro Siniestro cubierto, mediante el pago de una Indemnización que le permita hacer frente al pago de los Servicios Recurrentes Cubiertos, en caso de que ocurra un Siniestro cubierto por la Póliza durante su Vigencia.

Si se presenta un Siniestro cubierto dentro del periodo de Vigencia, la Compañía pagará la Indemnización correspondiente, ya sea al propio Asegurado o a su(s) Beneficiario(s), en los términos establecidos en estas Condiciones Generales.

La Indemnización se otorgará hasta por la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza, conforme a las coberturas, condiciones y exclusiones aplicables en la Póliza y de acuerdo con la cobertura afectada.

Las coberturas previstas en esta Póliza serán aplicables de acuerdo con la situación ocupacional efectiva que mantenga el Asegurado al momento de la ocurrencia del Siniestro, conforme a las definiciones de Empleado Formal, Autoempleado, Desempleado y Empleado Informal previstas en estas Condiciones Generales.

La situación ocupacional del Asegurado podrá variar durante la Vigencia de la Póliza. En caso de que ello ocurra, serán aplicables las coberturas que correspondan a la situación ocupacional que mantenga el Asegurado al momento de la ocurrencia del Siniestro.

Para efectos de lo anterior, la situación ocupacional del Asegurado podrá acreditarse mediante documentación objetiva y razonablemente suficiente para comprobar dicha condición al momento del Siniestro, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa documentación laboral, constancias emitidas por instituciones de seguridad social, documentación fiscal, comprobantes de ingresos o cualquier otro elemento que permita acreditar de manera fehaciente la actividad o condición ocupacional del Asegurado.

La aplicación de las coberturas en función de la situación ocupacional efectiva del Asegurado no constituye una modificación de la Póliza, de las coberturas contratadas, de la Prima, de la Suma Asegurada o de cualquier otro elemento esencial del Contrato de Seguro.

A continuación, se describen los perfiles aplicables y las coberturas correspondientes a cada uno:

Tipo de Perfil	Perfil A	Perfil B
Perfil del Asegurado	Empleado Formal	Autoempleados, Desempleados, Empleados Informales

Cobertura	• Cobertura de Muerte por cualquier causa • Pérdida de Ingreso por Desempleo Involuntario	• Cobertura de Muerte por cualquier causa • Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad • Pérdida de Ingreso por Fractura de Huesos
-----------	---	---

3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

3.1 Cobertura Básica

3.1.1 Cobertura de Muerte por cualquier causa

La Compañía pagará al Beneficiario, la Indemnización correspondiente a la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, en caso de que durante la Vigencia de la Póliza ocurra el fallecimiento del Asegurado, por cualquier causa natural o accidental, conforme a lo estipulado en este Contrato.

Al momento del pago de la Indemnización de esta cobertura por parte de la Compañía, las obligaciones que derivan del presente Contrato de Seguro quedarán extinguidas, así como todas las coberturas adicionales que se tengan contratadas bajo esta Póliza.

3.1.1.1 Exclusiones.

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

Suicidio

La Compañía en ningún caso será responsable de pagar la Indemnización correspondiente si el fallecimiento del Asegurado es a consecuencia de suicidio, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado, si éste ocurre dentro de los 2 (dos) primeros años, posteriores a la celebración del Contrato de Seguro. En este caso, la Aseguradora reembolsará al (a los) Beneficiario(s) únicamente la reserva matemática.

3.1.1.2 Requisitos de la reclamación:

1. Certificado de defunción del Asegurado.
2. Acta de Defunción del Asegurado (solo si la tuviere el Beneficiario).
3. Identificación oficial vigente del (de los) Beneficiario(s), para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional, certificado de matrícula consular, tarjeta única de identidad militar, credenciales y/o carnets de afiliación al instituto mexicano del seguro social o del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado, tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, licencia para conducir, credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales. Respecto de personas físicas de nacionalidad extranjera, que no cuenten con pasaporte se considerarán como documentos válidos de identificación personal cualquier documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. Para estos efectos, se consideran documentos válidos de identificación personal la licencia de conducir y las credenciales emitidas por autoridades del país de que se trate.
4. Documentación de pagos de los Servicios Recurrentes Cubiertos, conforme a la Cláusula 4.12 "Verificación de Pagos de Servicios Recurrentes Cubiertos".

3.2 Coberturas Adicionales

Las Coberturas que aparecen en esta sección son adicionales, únicamente podrán cubrirse de acuerdo con el tipo de perfil del Asegurado, siempre y cuando aparezcan expresamente señaladas como amparadas en la Carátula de la Póliza.

Si a consecuencia de un mismo Evento se configuran, de manera simultánea, los requisitos de procedencia de la cobertura de Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad (Perfil B), y de la cobertura de Pérdida de Ingreso por Fractura de Huesos (Perfil B), únicamente se indemnizará una de ellas. Sin embargo, ambas coberturas podrán ser indemnizadas durante la misma Vigencia de la Póliza, siempre que la segunda cobertura susceptible de Indemnización sea consecuencia directa del mismo Evento y sea reclamada a partir del mes calendario siguiente a aquel en que haya presentado a la Compañía la primera reclamación.

Se establece que la Suma Asegurada será reinstalada en cada renovación de la Póliza, para las coberturas de Pérdida de Ingreso por Desempleo involuntario, Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad y Pérdida de Ingreso por Fractura de Huesos.

Las siguientes coberturas englobadas como Pérdida de Ingreso aplicarán si durante la Vigencia y una vez transcurrido el Periodo de Carencia y/o el Periodo de Espera indicado en la carátula de la póliza para cada una, el Asegurado incurre en alguno de los siguientes supuestos y derivado de alguno de éstos, quede imposibilitado temporalmente para el desempeño de su trabajo o actividad habitual dependiendo de su perfil.

3.2.1 Pérdida de Ingreso por Desempleo Involuntario (Perfil A)

En caso de presentarse el Desempleo Involuntario del Asegurado dentro de la Vigencia de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada convenida a la fecha de ocurrencia del Siniestro.

Esta cobertura únicamente aplica para Asegurados que hayan estado contratados como Empleados Formales.
Quedando limitado a 1 (un) Evento por Vigencia.

3.2.1.1 Exclusiones.

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

- **Vencimiento del plazo convenido en el contrato de trabajo.**
- **Terminación del contrato de trabajo: fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad, invalidez absoluta permanente y jubilación obligatoria u opcional.**
- **Desempleo Involuntario ocurrido dentro del Periodo de Carencia especificado en la Carátula de la Póliza.**
- **Despido por causas justas o Faltas Graves del Asegurado, entendiéndose por estas, las establecidas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.**
- **Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.**

3.2.1.2 Periodos de Carencia

Para esta cobertura se aplicará el Periodo de Carencia especificado en la Carátula de la Póliza, después de haber sido contratada la Póliza.

3.2.1.3 Periodo de Espera

Para esta cobertura se aplica el Periodo de Espera especificado en la carátula de la póliza, después de haber sido despedido en el cual el Asegurado debe continuar Desempleado a fin de poder reclamar el seguro.

3.2.1.4 Requisitos de reclamación:

1. Documento que compruebe el desempleo, según corresponda:
 - a. Constancia de semanas cotizadas del IMSS
 - b. Aviso de Alta y Baja del ISSSTE
 - c. Aviso de baja del trabajador del ISSFAM o ISSEMYM

Recibo de liquidación, finiquito o documento que acredite la terminación de la relación laboral (carta del empleador, laudo).

En caso de no disponer de los documentos antes mencionados, la Compañía podrá considerar, a su criterio, el finiquito o cualquier documento privado que demuestre fehacientemente la terminación de la relación laboral o desvinculación del Asegurado, como convenios de terminación de relación laboral.

2. Identificación oficial vigente del Asegurado, para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional, certificado de matrícula consular, tarjeta única de identidad militar, credenciales y/o carnets de afiliación al instituto mexicano del seguro social o del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado, tarjeta de afiliación al instituto nacional de las personas adultas mayores, licencia para conducir, credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales. Respecto de personas físicas de nacionalidad extranjera, que no cuenten con pasaporte se considerarán como documentos válidos de identificación personal cualquier documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. Para estos efectos, se consideran documentos válidos de identificación personal la licencia de conducir y las credenciales emitidas por autoridades del país de que se trate.
3. Documentación de pagos de los Servicios Recurrentes Cubiertos, conforme a la Cláusula 4.12 "Verificación de Pagos de Servicios Recurrentes Cubiertos".

3.2.2 Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad (Perfil B)

En caso de ser hospitalizado el Asegurado como consecuencia de un Accidente ocurrido o Enfermedad diagnosticada dentro de la Vigencia de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada convenida a la fecha de ocurrencia del Siniestro.

El Asegurado estará amparado bajo esta Cobertura, siempre y cuando sea determinado por un Médico que es necesaria su Hospitalización para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida como consecuencia de un Accidente ocurrido o Enfermedad diagnosticada y pase al menos 2 (dos) noches ininterrumpidamente internado en el Hospital. **Quedando limitado a 1 (un) Evento por Vigencia.**

Al ser esta cobertura una protección en vida del Asegurado, en caso de que éste fallezca durante su Hospitalización, la Suma Asegurada de esta cobertura no se podrá pagar a persona alguna, en tal situación se procederá conforme a lo establecido en la cobertura de Muerte por cualquier Causa.

3.2.2.1 Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

- **Tratamientos Ambulatorios.**

- Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos activamente por el Asegurado, o las que se deriven de riñas en las que éste haya participado directamente como provocador.
- Hospitalización a causa de lesiones corporales resultantes de cualquier participación activa por parte del Asegurado en un entrenamiento o conflicto armado planeado por autoridades civiles o militares.
- Hospitalización por tratamientos para la fertilidad, esterilización, embarazo, aborto, parto normal o quirúrgico y sus consecuencias.
- Hospitalización por tratamientos y cirugías dentales y maxilofaciales.
- Hospitalización para la realización de cirugías estéticas para fines de embellecimiento, así como toda cirugía que tenga por finalidad corregir deformaciones, malformaciones, imperfecciones y anomalías congénitas incluyendo cirugías plásticas a menos que la cirugía sea consecuencia de un Accidente.
- Hospitalización para recibir tratamientos psiquiátricos o por drogadicción o alcoholismo.
- Hospitalización a causa de padecimientos como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Hospitalización a causa de padecimientos crónicos.
- Hospitalización a causa de Padecimientos o Enfermedades Preexistentes a la fecha de inicio de las coberturas de la Vigencia de la Póliza.
- En caso de que dentro del mismo mes se hubiera indemnizado la Cobertura de Pérdida de Ingreso por Fractura de Huesos.

Exclusiones de Hospital:

- Instituciones de convalecencia, cuidado de ancianos y centros de descanso, cuidado de alcohólicos o drogadictos.
- Instituciones que no cuenten con los permisos necesarios para operar como Hospital.

3.2.2.2 Criterios para Hospitalización por Accidente o Enfermedad:

Esta cobertura no aplica para Empleados Formales.

3.2.2.3 Periodo de Espera

Para esta cobertura se aplica el Periodo de Espera especificado en la carátula de la póliza, después de haber sido Hospitalizado a fin de poder reclamar el seguro.

3.2.2.4 Requisitos para la reclamación

1. Informe del Médico especialista en la materia que indique el motivo que origina la Hospitalización, debiendo contener nombre completo, cédula y firma del Médico.
2. Documento emitido, sellado y firmado por el Hospital en donde conste la fecha y hora del internamiento, horas de Hospitalización, fecha y hora de la alta hospitalaria y breve explicación del origen y necesidad de la estancia hospitalaria.
3. Identificación oficial vigente del Asegurado, para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional,

certificado de matrícula consular, tarjeta única de identidad militar, credenciales y/o carnets de afiliación al instituto mexicano del seguro social o del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado, tarjeta de afiliación al instituto nacional de las personas adultas mayores, licencia para conducir, credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales. Respecto de personas físicas de nacionalidad extranjera, que no cuenten con pasaporte se considerarán como documentos válidos de identificación personal cualquier documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. Para estos efectos, se consideran documentos válidos de identificación personal la licencia de conducir y las credenciales emitidas por autoridades del país de que se trate.

4. Documentación de pagos de los Servicios Recurrentes Cubiertos, conforme a la Cláusula 4.12 "Verificación de Pagos de Servicios Recurrentes Cubiertos".

3.2.3 Pérdida de Ingreso por Fractura de huesos (Perfil B)

En el caso que el Asegurado sufra una o varias Fracturas óseas simultáneas que se encuentren cubiertas a consecuencia de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia de la Póliza y que puedan ser demostradas dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente, la Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada convenida a la fecha de ocurrencia del Sinistro.

En caso de Fracturas simultáneas, se pagará un solo monto de la Indemnización equivalente a la Suma Asegurada. **Quedando limitado a 1 (un) Evento por Vigencia.**

3.2.3.1 Exclusiones.

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **Se excluyen las fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o Fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de Fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.**
- **Fracturas producidas como consecuencia de osteoporosis.**
- **Fracturas patológicas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo).**
- **Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.**
- **Padecimientos o Enfermedades Preexistentes que después generen Fracturas.**
- **La práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **Fracturas ocurridas al viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- **Fracturas ocurridas por Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando activamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Fracturas ocurridas por Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del Accidente, drogas enervantes o alucinógenas,**

- fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.
- Fracturas ocurridas por Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
 - Fracturas ocurridas por Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.
 - Fracturas ocurridas por actos delictivos intencionales cometidos activamente por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.
 - Fracturas ocurridas por Accidentes ocasionados por los dependientes, entendiéndose estos últimos como ascendientes o descendientes en primer grado por consanguinidad o afinidad.
 - Fracturas ocurridas por intentos de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
 - En caso de que dentro del mismo mes se hubiera indemnizado la Cobertura de Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad (Perfil B).
 - Fracturas que sean efecto directo o indirecto, total o parcial, de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
 - Fracturas ocurridas por la práctica profesional de cualquier deporte. (Se considera práctica profesional de cualquier deporte cuando, al contrario de lo que ocurre en el deporte aficionado, el practicante recibe un pago por dicha actividad).

3.2.3.2 Criterios para Fractura de huesos.

Esta cobertura no aplica para Empleados Formales.

3.2.3.3 Requisitos para el pago de reclamaciones.

1. Informe Médico especialista en la materia sobre las Fracturas originadas por el Accidente reclamado, que incluya:
 - Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas).
 - Estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones).
 - Tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, y estado actual.
 - Informe del Médico con nombre completo del Médico, cédula profesional y certificación correspondiente vigente y firma.
2. Identificación oficial vigente del Asegurado, para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, cartilla del servicio militar nacional, certificado de matrícula consular, tarjeta única de identidad militar, credenciales y/o carnets de afiliación al instituto mexicano del seguro social o del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado, tarjeta de afiliación al instituto nacional de las personas adultas mayores, licencia para conducir, credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales. Respecto de personas físicas de nacionalidad extranjera, que no cuenten con pasaporte se considerarán como documentos válidos de identificación personal cualquier documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. Para estos efectos, se consideran documentos válidos de identificación personal la licencia de conducir y las credenciales emitidas por autoridades del país de que se trate.
3. Documentación de pagos de los Servicios Recurrentes Cubiertos, conforme a la Cláusula 4.12 "Verificación de Pagos de Servicios Recurrentes Cubiertos".

3.2.3.4 Fracturas de huesos cubiertas

Para conocer el detalle de las definiciones correspondientes a la siguiente tabla, te invitamos a consultar la siguiente liga <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/formatos>

Tipo de Fractura	CIE-10
Cuello	S120- S122, S127
Cadera, pelvis	S321-S325, S327
Cráneo	S020, S021, S023, S027, S028
Fémur, tarso, húmero	S422-S424, S427, S720-S724, S727, S728, S920-S922
Tobillo, tibia o peroné, codo, escápula	S421, S520, S521, S821-S826
Maxilar inferior, clavícula	S026, S420
Cúbito, radio, muñeca	S522-S526, S620, S621
Vértebras	M484, S220, S221, S320
Sacro	S32.1
Esternón, patela, hueso malar, costilla	S024, S222, S223, S224, S228, S820
Mano (excluyendo dedos y muñeca)	S622-S624, S923
Pie (excluyendo el evento de un solo dedo)	
Dedos de la mano o del pie (fractura de más de un dedo)	S62.7, S92.5

3.3 Riesgos excluidos para las Coberturas adicionales.

Quedan excluidos los siguientes riesgos cuya ocurrencia derive en una reclamación:

- Uso de materiales nucleares para cualquier fin, incluida la explosión nuclear o la explosión nuclear no provocada, así como la contaminación radiactiva o la exposición a radiaciones nucleares o ionizantes;
- Invasiones, hostilidades, actos u operaciones de guerra, declarados o no, la guerra química o bacteriológica, la guerra civil, la guerra de guerrillas, la revolución, la agitación, el motín, la revuelta, la sedición, la sublevación u otras perturbaciones del orden público que se deriven de ellas, excepto en el caso del cumplimiento del servicio militar o de los actos de humanidad en auxilio de otros;
- Las pérdidas, lesiones y daños causados directa o indirectamente por un acto terrorista, en las que el Asegurado participe activamente.
- Epidemias, pandemias e intoxicaciones de carácter colectivo, así declaradas por un órgano competente;
- Tifones, huracanes, ciclones, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas y otras convulsiones de la naturaleza;
- Actos ilícitos intencionales cometidos por el Asegurado.

4. CLÁUSULAS GENERALES

El presente Contrato de Seguro entrará en vigor desde la hora de la fecha de inicio de Vigencia señalada en la Carátula de la Póliza correspondiente y terminará a la hora de la fecha de fin de Vigencia indicada en el mismo documento.

4.2 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 30 (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.

4.3 BENEFICIARIOS

ADVERTENCIA: En el caso de que se nombre 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.

- **Beneficiarios.** Serán las personas designadas por el Asegurado, quienes recibirán la Suma Asegurada para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa.

Si la Compañía realiza el pago de la Indemnización al último Beneficiario designado del cual tenga conocimiento, por falta de aviso oportuno de cambio de Beneficiario, quedará liberada de toda responsabilidad frente a terceros.

En caso de que el Asegurado no haya designado expresamente Beneficiarios, o su designación haya quedado sin efectos por cualquier causa legal, la Suma Asegurada se pagará conforme al siguiente orden de prelación, al primero que se presente a reclamar y acredite fehacientemente dicho carácter conforme a la legislación aplicable:

1. Al Cónyuge o concubina(o) legalmente reconocida(o) del Asegurado, por el 100% de la Suma Asegurada.
2. A falta de éste, a las hijas e hijos del Asegurado, en partes iguales.
3. A falta de los anteriores, a los padres del Asegurado, en partes iguales.
4. Y en ausencia de todas las personas antes indicadas, a la sucesión legal del Asegurado.

La Compañía quedará liberada de toda obligación con el simple pago que realice a la primera persona que, dentro de dicho orden de prelación, acredite fehacientemente su derecho.

En caso de que se haya designado únicamente a un Beneficiario y éste fallezca antes o al mismo tiempo que el Asegurado, sin que exista una nueva designación, el pago se realizará a la sucesión legal del Asegurado, salvo pacto en contrario o que exista renuncia expresa al derecho de revocar dicha designación.

Al desaparecer o en caso de fallecimiento de alguno de los Beneficiarios designados, su porción se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo estipulación expresa en contrario.

Asimismo, la Compañía quedará liberada de toda obligación adicional de Indemnización una vez que haya realizado el pago de la Suma Asegurada conforme a la información disponible al momento del Siniestro, ya sea:

- a) A los Beneficiarios designados expresamente por el Asegurado, o
- b) A las personas que correspondan conforme al orden de prelación establecido en estas Condiciones Generales, en caso de no existir designación.

Esta liberación aplicará incluso si, con posterioridad al pago, se presenta alguna persona con derecho preferente, cuya existencia o condición no haya sido informada oportunamente a la Compañía.

4.4 MODIFICACIONES

Al ser este seguro un contrato de adhesión, cualquier cambio o modificación a los formatos elaborados y registrados por la Compañía, así como a las presentes Condiciones Generales, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

La Compañía y el Contratante, podrán acordar realizar modificaciones a las condiciones particulares de la Póliza y/o la Carátula 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, Carátula de la Póliza y sus eventuales Endosos o Cláusulas firmados por funcionarios autorizados de la Compañía, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. **La Compañía no es responsable por declaraciones o condiciones efectuadas en otra forma.**

En caso de que exista alguna discrepancia entre algún Endoso, Póliza y/o Carátula de 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.

4.5 PRIMA DEL SEGURO

La Prima vencerá al inicio de cada periodo, establecido en la Carátula de la Póliza, la comprobación del pago de la Prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

La Prima podrá ser pagada por el Contratante o el Asegurado en una sola exhibición o se podrá pactar 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.

Salvo pacto en contrario consignado en la Carátula de la Póliza, una vez vencida la Prima, el Asegurado gozará de un Período de Gracia de 30 (treinta) 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, las Coberturas contratadas se mantendrán vigentes. No obstante, en caso de ocurrir un Sinistro durante dicho periodo, la Compañía podrá descontar de la Indemnización que corresponda el importe total de la Prima vencida pendiente de pago, así como las fracciones no liquidadas, hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La Prima convenida podrá ser pagada mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuenta de fondos de pago electrónico con la periodicidad que se haya convenido. Si se omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurridos el Período de Gracia mencionado en el párrafo que antecede, sin posibilidad de realizarse alguna rehabilitación. En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de Prima, en el caso en que la Prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito, transferencia bancaria o cuentas de fondos de pago electrónico, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente, el comprobante en los movimientos de la cuenta o la confirmación de la Institución Financiera que recibe el pago será(n) prueba plena del pago de la Prima.

La comprobación del pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

Las edades de aceptación mínima y máxima, así como la edad de cancelación por cobertura se especifican en el Anexo de Edades o, en su caso, Endoso correspondiente, mismo que formará parte integrante del presente Contrato de Seguro.

Para los efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de la Vigencia de la carátula de la Póliza o de la renovación correspondiente.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión o a más tardar dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a efectuada la rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. 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 repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

4.7 CARENIA DE RESTRICCIONES

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

4.8 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La Compañía renovará de forma automática la protección que otorga por un periodo de igual duración si no existiera comunicado en el sentido de no renovarla de cualquiera de las partes dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de Vigencia de la Carátula de la Póliza, en las mismas condiciones en las que fueron contratadas.

La renovación automática se realizará de acuerdo con las siguientes condiciones:

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

En cada renovación, se aplicarán las Primas de tarifa vigentes conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas en la fecha de la renovación y no aplicarán los Periodos de Carencia.

Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante y/o Asegurado, las Primas que aplicarán en cada renovación.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos para cada cobertura a renovar.

4.9 *TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO*

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

- a) Término del plazo de Vigencia de la Carátula de la Póliza.
- b) Cuando el Contratante o Asegurado soliciten la terminación anticipada de la Póliza.
- c) Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado.
- d) Si no se paga la Prima dentro del Período de Gracia.
- e) En el aniversario de la Póliza que siga inmediatamente después de que el Asegurado alcance la edad de cancelación automática indicada en el Anexo o Endoso correspondiente.

Las Coberturas Adicionales terminarán al aniversario de la Póliza que siga inmediatamente después de que el Asegurado alcance la edad de cancelación automática establecida en el Endoso correspondiente.

En caso de terminación de la Póliza por cualquiera de las opciones descritas anteriormente, no procederá la devolución de la prima pagada no devengada.

4.10 *PROCEDIMIENTO SIMPLIFICADO PARA LA RECLAMACIÓN DEL 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, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se deberá avisar a la Compañía tan pronto desaparezca el impedimento.

4.11 *COMPROBACIÓN 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, debiendo presentar los documentos que se mencionan en cada cobertura para acreditar satisfactoriamente la ocurrencia del Siniestro, así como todas las circunstancias relacionadas con el mismo.

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

“Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario en segundo grado omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del Siniestro.

4.12 VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SERVICIOS RECURRENTES CUBIERTOS

El Asegurado o Beneficiario podrá presentar cualquiera de los siguientes documentos que obren razonablemente a su alcance respecto de pagos realizados dentro del Periodo de Referencia indicado en la Carátula:

- (a) Recibos o constancias de pago emitidos por el proveedor del servicio.
- (b) Estados de cuenta bancarios o de tarjeta donde se reflejen los cargos/pagos.
- (c) Comprobantes electrónicos (PDF, correos de confirmación, descargas o capturas del portal/app del proveedor o del canal de pago).
- (d) Tickets o folios emitidos en el punto de cobro o medio de pago utilizado.

La Compañía considerará un documento como válido cuando, por sí o en conjunto con otro, muestre al menos: fecha del pago, importe y referencia/folio o número de operación, y permita vincular el pago con los Servicios Recurrentes Cubiertos para el cálculo de la Indemnización conforme al Periodo de Referencia.

Si no existe ningún documento verificable aportado por el Asegurado y/o Beneficiario; según corresponda, la Compañía pagará la Suma Asegurada Mínima prevista en la Carátula.

4.13 DOLO O MALA FE

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o sus representantes, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al Siniestro.**
- b) Si, con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación relativa al Siniestro de la cobertura de que se trate, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro.**
- c) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o los representantes de ellos, presentan documentación apócrifa para que la Compañía conozca las causas y consecuencias del Siniestro y/o se conduzcan con falsedad en la declaración del Siniestro.**

4.14 PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado y/o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán mediante transferencia interbancaria por parte de la Compañía, a una cuenta bancaria y/o cuenta de fondos de pago electrónico a nombre del Asegurado o Beneficiario, según sea el caso. En caso de que no cuente con ninguna de ellas, se hará por orden de pago o del medio que disponga la Compañía.

Para proceder al pago de cualquier cantidad estipulada en la presente Póliza y/o la carátula de la 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 (treinta) días naturales siguientes a que reciba la información y la documentación completa que le permita conocer la ocurrencia del Siniestro, las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

4.15 *AGRAVACIÓN DEL RIESGO*

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.**
- II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro”. (Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

No obstante, será aplicable en su caso también, lo dispuesto por el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que señala:

“Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

La Compañía, ante el supuesto anterior, consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

4.16 COMUNICACIONES

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio indicado en la carátula de la Póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes podrán hacerse: (i) por escrito al último domicilio señalado por el Contratante para tal efecto; y/o (ii) por correo electrónico o mensaje de texto SMS (a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet) y/o (iii) vía telefónica al número telefónico fijo o móvil que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet. En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico, vía mensaje de texto SMS, o vía telefónica, dichas notificaciones se tendrán como válidas para todos los efectos legales a los que haya lugar en términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en relación con el CAPÍTULO 4.10 DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA LA CONTRATACIÓN DE OPERACIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS. Las

notificaciones al Contratante y/o Asegurado en términos de lo anterior se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio, correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la Compañía tenga conocimiento.

4.17 *MONEDA*

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro se efectuarán en pesos mexicanos, moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

4.18 *COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA*

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

4.19 *INDEMNIZACIÓN POR MORA*

En caso de mora, la Aseguradora deberá pagar al Asegurado o Beneficiario(s), según corresponda, una Indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

4.20 *PRESCRIPCIÓN*

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, tratándose de fallecimiento y 2 (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.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda los plazos de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

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.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación ante nuestra Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones.

4.21 *ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL*

La Compañía entregará al Contratante y/o al Asegurado la documentación contractual de la Póliza, carátula de la Póliza y Condiciones Generales, dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del seguro (en caso de que el último día para la entrega de la documentación contractual sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente). La entrega se realizará a través de alguno de los siguientes medios:

Si la contratación se realizó por medios electrónicos:

- a) **Enlace de descarga:** La Compañía enviará un enlace al correo electrónico del Contratante y/o Asegurado, donde podrán descargar y consultar de manera permanente la documentación contractual

- usando sus claves personales en la aplicación móvil habilitada por la Compañía. La descarga/consulta se registrará en los sistemas de la Compañía.
- b) **Correo electrónico:** La documentación contractual se enviará a la dirección de correo electrónico proporcionada a la Compañía.
 - c) **Portal de Clientes:** Acceso a un portal en la red electrónica mundial denominada Internet, donde podrán acceder con una clave personal proporcionada por la Compañía para el ingreso a dicho portal, donde se podrá consultar y descargar la documentación contractual de forma permanente.
 - d) **Aplicación Móvil:** Utilizando cualquier sistema operativo, aplicación móvil o cualquier otro Medio Electrónico habilitado por la Compañía, accesible mediante los Medios de Identificación disponibles, permitiendo la consulta y descarga permanente de la documentación contractual.

Si la contratación se realizó por medios diferentes al electrónico la entrega se realizará por el medio elegido por el contratante en el formato de solicitud, siendo esta entrega física o bien en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, contratante o asegurado

Para el inciso b), la Compañía registrará el envío de la documentación contractual por correo electrónico y la confirmación de recepción del buzón del correo electrónico proporcionado durante la contratación, para tal efecto la Compañía procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío.

Cuando la entrega se realice a través del Portal de Clientes indicado en el inciso c) de este apartado, el Contratante y/o Asegurado deberá ingresar a la página de internet que para tales efectos le indique la Compañía, digitando el usuario que para tal efecto le proporcionará la Aseguradora al momento de la contratación y la contraseña que él mismo genere en el portal de acuerdo con el procedimiento establecido para tal efecto, registrando la descarga o consulta en los sistemas de recolección de datos de la Compañía.

El Contratante y/o Asegurado aceptan que los Medios Electrónicos y de Identificación, de conformidad con lo establecido en la cláusula "4.23. *Uso de Medios Electrónicos*" y de acuerdo con los Términos y Condiciones a los que alude dicha cláusula sustituyen la firma autógrafa, y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, en términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba la documentación contractual de este seguro, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página en internet: <https://www.prudentialseguros.com.mx>, o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue la documentación contractual de referencia. O bien, si requiere un duplicado de la póliza, este se le entregará sin costo alguno.

4.22 *TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO*

Si el Contratante y/o Asegurado desea(n) cancelar la Póliza de manera anticipada, se deberá sujetar a lo siguiente:

- i) Si el seguro se contrató presencialmente, el Asegurado o el Contratante deberán solicitarlo mediante escrito libre entregado en el domicilio de la Compañía o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta Póliza no será renovada o de que la misma será cancelada a partir del momento en que se emita dicho acuse.
- ii) Si la Póliza se contrató por medios diferentes a presencial, el Asegurado o el Contratante deberán solicitarlo conforme se establece en el inciso anterior, o por el mismo medio por el que contrató, o llamando al centro de atención telefónica de la Compañía; al realizar el trámite se le asignará un folio de atención que será el comprobante de que esta Póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

En caso de que se solicite la cancelación anticipada de la Póliza, el Asegurado quedará cubierto hasta el periodo en que se haya realizado el pago de la Prima correspondiente, una vez transcurrido este periodo, la Póliza quedará cancelada.

4.23 *USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS*

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

De conformidad con el Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de los medios de identificación que la Institución establezca en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

El usuario debe tomar en cuenta, que, mediante la aceptación de los términos y condiciones, ratifica que la Compañía ha puesto a su disposición dicha información.

4.24 *COMPETENCIA*

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

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 jueves de 8:00 a 17:00 hrs y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

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.

4.25 *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 CONDUSEF, a través de la siguiente dirección electrónica www.condusef.gob.mx

4.26 *AAVISO DE PRIVACIDADSIMPLIFICADO PARA CLIENTES DE PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO*

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>

4.27

LIGA A CITA DE PRECEPTOS LEGALES Y ABREVIATURAS

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá(n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato y que no se transcriben, en nuestra página de internet: www.prudentialeseguros.com.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de agosto de 2026, con el número CNSF-S0106-0142-2026/CONDUSEF-007198-04.

Anexo de Edades de aceptación y cancelación

Este Anexo establece los rangos mínimos y máximos de edad autorizados por la Compañía y registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), aplicables a las coberturas que se describen a continuación. Las edades de aceptación y cancelación se presentan de forma referencial para cada cobertura, conforme a los límites absolutos establecidos por la Compañía. Estos límites son uniformes y no podrán ser excedidos en ninguna modalidad, plan o esquema comercial.

La inclusión de una cobertura en este Anexo no implica su contratación. Solo se considerarán contratadas aquellas coberturas que estén expresamente identificadas como tales en la Carátula de la Póliza o en el documento contractual específico aplicable. Cualquier cobertura que no esté identificada como contratada en dichos documentos se tendrá, para todos los efectos legales, por no contratada.

Determinación de las edades aplicables

Las edades específicas (mínima y máxima de aceptación y, en su caso, cancelación automática) que aplican a cada contratación constarán en la Carátula de la Póliza o en otro documento que forme parte de la documentación contractual del seguro (incluyendo, de manera enunciativa, Endosos y la Oferta o Propuesta de Seguro), siempre dentro de los rangos absolutos establecidos en este Anexo.

La Compañía entregará o pondrá a disposición del Contratante el documento que contenga dichas edades antes de la formalización de la Póliza, en cumplimiento de las disposiciones de transparencia previstas por la CONDUSEF y el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Coberturas y Rangos Absolutos para el Asegurado Titular

(Los valores específicos se determinarán en cada contratación, siempre dentro de estos rangos)

Coberturas	Edades de Aceptación		Edad de renovación automática	Cancelación automática*
	Mínima	Máxima		
Muerte por cualquier causa	18 años	64 años	64 años	65 años
Pérdida de Ingreso por Desempleo Involuntario (Perfil A)	18 años	64 años	64 años	65 años
Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad (Perfil B)	18 años	64 años	64 años	65 años
Pérdida de Ingreso por Fractura de huesos (Perfil B)	18 años	64 años	64 años	65 años

*La edad de cancelación se aplicará en el aniversario Póliza siguiente en el que el Asegurado cuente con la edad de cancelación indicada por cobertura.

Las edades de aceptación anteriores se encuentran fielmente respaldadas dentro de los rangos permitidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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 20 de agosto de 2026, con el número CNSF-S0106-0142-2026/CONDUSEF-007198-04.

Muestra sin valor