

Fecha de solicitud: _____

**SOLICITUD DE SEGURO
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**
1. Datos del Solicitante o Contratante:

Denominación o Razón Social: _____		
Domicilio completo (Calle, número exterior e interior, Municipio o Alcaldía, C.P., Entidad Federativa) _____		
Calle: _____	Número exterior: _____	Número interior: _____
Alcaldía / Municipio: _____	Código Postal: _____	Entidad Federativa: _____
Correo electrónico de Representante Legal: _____	Teléfono del Representante Legal: _____	
RFC: _____	Folio Mercantil: _____	Régimen fiscal: _____
Fecha de constitución: _____	Nacionalidad: _____	

2. Características del grupo asegurable

Giro del Negocio (objeto social / actividades principales de la empresa): _____

Relación de las personas integrantes del Grupo Asegurable con el Contratante:

 Patrón - Empleado
 Empresa - Cliente
 Asociación - Asociado
 Otro (Especificar) _____

Número de personas, edad y sexo de las personas que formarán parte del Grupo Asegurable : _____

* Favor de desglosar dicha información en documentos adjuntos a esta solicitud

Porcentaje con el que cada miembro del grupo asegurable, en su caso, contribuirá al pago de la prima correspondiente: _____

Regla para determinar la suma asegurada individual: _____

 Suma Asegurada Fija
 Monto de Saldo Insoluto

Inicio de Vigencia solicitado: _____ Fin de Vigencia solicitado: _____

Características particulares o especiales del grupo asegurable _____

Circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que éstos realicen _____

Mediante este seguro, ¿Se busca garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?

 Sí No

Descripción de la prestación u obligación a garantizar: _____

3. Datos del Representante Legal:

Nombre: _____	Sexo: _____	Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____		
Domicilio: _____		
Correo electrónico: _____		

4. Información del Seguro a Contratar:

Plazo del seguro: _____

Período de pago de la prima: _____ Medio de pago de prima: _____

 Semanal
 Mensual
 Anual
 Trimestral

 ¿La prima será pagada por el Contratante? Sí No

 ¿Habrá participación de los asegurados en el pago de la prima? Sí No

¿En qué porcentaje? _____

Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI) _____

5. Información de las coberturas a contratar:
6. Datos del Agente

En caso de que este seguro se haya contratado por conducto de un agente, el agente aquí llenará sus datos

Clave de Agente	Nombre de Agente				Porcentaje de Participación
Clave de Agente	Tipo de Autorización	Número de Cédula o autorización	Vigencia de Cédula	Domicilio donde se realizan las actividades (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado):	

CONSENTIMIENTO PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este contrato de Seguro, en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico: _____

SÍ ACEPTO: _____ NO ACEPTO: _____

IMPORTANTE LEER:

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

La vigencia de esta Solicitud será de 30 (treinta) días, siguientes a la fecha de elaboración.

AVISO DE PRIVACIDAD CORTO: Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>

Le recordamos que el producto que pretende adquirir por medio de esta solicitud de seguro de Grupo contiene exclusiones y/o limitantes de cobertura, los cuales puede consultar en las respectivas condiciones generales, disponibles en nuestra página web: www.prudentialseguros.com.mx.

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. (UNE):**

Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348. **Teléfono:** 55 1103 7000 y al 800-000-54-33 **Correo electrónico:** consultasyquejas@prudential.com

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

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

Ciudad de México, a

de

del

Nombre y Firma del Representante Legal

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01."

Muestra sin valor

Nombre Completo y/o Denominación o Razón Social del Contratante		Póliza número
		Fecha de Inicio de Vigencia
		Fecha de Fin de Vigencia
Domicilio del Contratante	Teléfono	Correo Electrónico
	Forma de pago	Moneda
Contribución de los Asegurados al pago de la Prima	Periodo de Gracia	

Datos del Grupo Asegurado

Nombre del Grupo
 Características particulares o especiales

Detalles de Coberturas

Cobertura	Suma Asegurada o regla para determinarla	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Edad máxima de renovación	Prima Anual
				Total	

La SAMI indicada para la cobertura de Fallecimiento es de: _____

Exclusiones Cobertura Básica

Para esta Cobertura aplicará la siguiente exclusión:

Suicidio:

La Compañía estará obligada, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

Exclusiones Coberturas Adicionales

Los siguientes endosos forman parte integrante de esta póliza

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro: “Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

“Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad 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 con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad 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 Aseguradora, 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 Aseguradora 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.”

“Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

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

Lo invitamos a consultar las Condiciones Generales de la Póliza, en las mismas podrá conocer las coberturas, exclusiones y restricciones de este seguro. Las Condiciones Generales las podrá consultar en nuestra página web: www.prudentialseguros.com.mx

Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: atencionclientes.mex@prudential.com y/o teléfono de atención (55) 1103-7000. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: consultasyquejas@prudential.com o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762 Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos (55) 5340-0999 y 800-999-80-80, por correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”

**CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**

Datos de la Póliza						
Número de Póliza		Número de Certificado Individual				
Fecha de Inicio de Vigencia la Póliza		Fecha de Inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual				
Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza		Fecha de Fin de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual				
Tipo de Operación	Moneda		Periodo de pago			
Datos del Contratante						
Nombre o denominación social						
Domicilio						
RFC			Código Postal			
Datos del Asegurado Titular						
Nombre						
Domicilio						
Fecha de nacimiento		Edad		Sexo		
Correo electrónico			Teléfono			
Coberturas Amparadas						
Nombre	Parentesco	Cobertura Amparada	Suma Asegurada o Regla para determinarla	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Edad máxima de renovación

Prima Total _____

En caso de aparecer como Amparada la Cobertura de Cáncer, el Periodo de Carencia es de _____ días.
 En caso de aparecer como Amparada la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, el periodo mínimo de Hospitalización es de _____ días y el Periodo Máximo de Beneficio es de _____ días.
 En caso de aparecer como Amparada la Cobertura de Gastos Funerarios, el Anticipo por Gastos Funerarios es _____% de la Suma Asegurada.
 En caso de aparecer como Amparada la Cobertura de Gastos Funerarios, el Anticipo por Enfermedad Grave Terminal es _____% de la Suma Asegurada.

Exclusiones de la cobertura básica

En caso de suicidio del Asegurado, la Compañía estará obligada a la indemnización correspondiente, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, si ocurre después de dos (2) años de la celebración del Contrato. Si el suicidio del Asegurado ocurre antes de los dos (2) años, la Compañía pagará únicamente la reserva matemática.

En caso de rehabilitación, el período de dos (2) años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Nombramiento de Beneficiarios
Beneficiario Preferente e Irrevocable

Beneficiarios

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Domicilio	Relación	Porcentaje a otorgar de la Suma Asegurada contratada

ADVERTENCIA

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse 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.

IMPORTANTE LEER

AVISO DE PRIVACIDAD CORTO: Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>.

Reglamento de Seguro de Grupo

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

“**Artículo 17.-** Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

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 de Seguro 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, contados 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.”

“**Artículo 18.**- 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 restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Le invitamos a consultar las condiciones generales de su póliza, en las mismas podrá conocer las coberturas, exclusiones y restricciones de este seguro. Las condiciones generales las podrá consultar también en la página web: www.prudentialeseguros.com.mx

Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: atencionclientes.mex@prudential.com y/o teléfono de atención (55) 1103-7000. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: consultasyquejas@prudential.com o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762 Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos (55) 5340-0999 y 800-999-80-80, por correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx.

Firma / Consentimiento del Asegurado

Firma / Consentimiento del Coacreditado

CONSENTIMIENTO COACREDITADO Y/O CÓNYUGE Y/O HIJO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En mi carácter de Coacreditado y/o Cónyuge y/o Hijo, por medio del presente otorgo mi consentimiento de la manera más amplia que en derecho proceda para pertenecer al Grupo Asegurado, bajo el Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

En este acto, designo como Beneficiario Preferente e Irrevocable al Contratante tratándose de la Cobertura Básica de Fallecimiento e Invalidez Total y Permanente, y al Asegurado Titular para el resto de las Coberturas Adicionales que en su caso se contraten, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones generales y particulares de este seguro.

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este contrato

de Seguro, en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico: _____.

SÍ ACEPTO: _____ NO ACEPTO: _____

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

En testimonio de lo cual la Compañía firma el presente Póliza en:
Ciudad de México, a ___ de _____ de _____

Contacto**Reporte de siniestro:**

Teléfono:

Servicio a clientes:

Teléfono:

www.prudentialseguros.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 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

“Seguro de Vida Grupo Deudores”

Contenido

1. DEFINICIONES	5
1.1 Accidente	5
1.2 Acreditado	5
1.3 Asegurado	5
1.4 Asegurado Titular	5
1.5 Beneficiario	5
1.6 Beneficiario Preferente e Irrevocable	5
1.7 Beneficio	5
1.8 Cáncer	5
1.9 Carátula de Póliza	5
1.10 CNSF 5	
1.11 Coacreditado	6
1.12 Compañía	6
1.13 Condiciones Generales	6
1.14 Condiciones Particulares	6
1.15 Consentimiento/Certificado Individual	6
1.16 Contratante	6
1.17 Cónyuge	6
1.18 Crédito	6
1.19 Día de Hospitalización	6
1.20 Diagnóstico	6
1.21 Enfermero (a)	6
1.22 Endoso	7
1.23 Enfermedad Grave Terminal	7
1.24 Exclusiones	7
1.25 Grupo Asegurado	7
1.26 Hospital	7
1.27 Invalidez Total y Permanente	7
1.28 Ley 7	
1.29 Médico	7
1.30 Muerte Accidental	8
1.31 Reglamento	8
1.32 Pérdidas Orgánicas	8
1.33 Periodo de Carencia	8
1.34 Periodo de Espera	8
1.35 Periodo de Gracia	8
1.36 Periodo de Hospitalización	9
1.37 Póliza 9	
1.38 Prima 9	
1.39 Prima Neta	9
1.40 Reserva Matemática	9
1.41 Saldo Insoluto	9
1.42 Siniestro	9
1.43 Subgrupo	9
1.44 Suma Asegurada	9
1.45 Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)	9
1.46 Unidad de Medida y Actualización (UMA)	10
1.47 Vigencia	10
2. CONDICIONES PARTICULARES	10
2.1 Cobertura Básica: Fallecimiento	10
2.1.1 Personas Aseguradas	10
2.1.2 Documentación en caso de Siniestro	11

2.1.3	Exclusiones.....	11
2.2	Coberturas Adicionales	12
2.2.1	Gastos Funerarios	12
2.2.1.1	Personas Aseguradas	12
2.2.1.2	Anticipo por Gastos Funerarios	12
2.2.1.3	Anticipo por Enfermedad Grave Terminal	12
2.2.1.4	Documentación en caso de Siniestro	13
2.2.1.5	Exclusiones para la Cobertura Adicional Gastos Funerarios	13
2.2.2	Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas B	14
2.2.2.1	Personas Aseguradas	15
2.2.2.2	Documentación en caso de Siniestro	15
2.2.2.3	Exclusiones para la Cobertura Adicional Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas B	16
2.2.3	Cáncer	17
2.2.3.1	Personas Aseguradas	17
2.2.3.2	Documentación en caso de Siniestro	17
2.2.3.3	Exclusiones para la Cobertura Adicional Cáncer	18
2.2.4	Invalidez Total y Permanente	18
2.2.4.1	Personas Aseguradas	19
2.2.4.2	Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente	19
2.2.4.3	Documentación en caso de Siniestro	20
2.2.4.4	Exclusiones para la Cobertura Adicional Invalidez Total y Permanente	20
2.2.5	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	21
2.2.5.1	Personas Aseguradas	21
2.2.5.2	Cuantía del reembolso	21
2.2.5.3	Disminución de Suma Asegurada	21
2.2.5.4	Gastos Médicos Cubiertos	21
2.2.5.5	Documentación en caso de siniestro.....	22
2.2.5.6	Exclusiones para la Cobertura Adicional Reembolso de Gastos Médicos por Accidente ..	22
2.2.6	Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	25
2.2.6.1	Periodo Máximo de Beneficio.....	25
2.2.6.2	Personas Aseguradas	25
2.2.6.3	Exclusiones para la Cobertura Adicional de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	25
	25
3.	CLÁUSULAS GENERALES	26
3.1	Contrato de Seguro	26
3.2	Renovación.....	26
3.3	Rectificación de la Póliza.....	27
3.4	Modificaciones.....	27
3.5	Moneda.....	27
3.6	Pago de la Prima y Período de Gracia	27
3.7	Edades de aceptación y Renovación	28
3.8	Contribución de los Asegurados al pago de la Prima	28
3.9	Registro de Asegurados	28
3.10	Movimiento de Asegurados	28
3.11	Consentimientos/Certificados Individuales.....	29
3.12	Entrega de la Documentación Contractual.....	29
3.13	Dividendos	30
3.14	Beneficiarios	30
3.15	Edad 31	30
3.16	Carencia de Restricciones.....	32
3.17	Terminación del seguro	32
3.18	Disputabilidad	32
3.19	Omisiones o declaraciones inexactas	32
3.20	Siniestro.....	32

3.21 Fraude, Dolo o Mala Fe	33
3.22 Arbitraje	33
3.23 Pago del Siniestro	33
3.24 Ajuste a la Suma Asegurada	34
3.25 Pruebas	34
3.26 Suicidio	34
3.27 Comunicación	34
3.28 Competencia.....	34
3.29 Comisión o compensación directa	35
3.30 Indemnización por Mora	35
3.31 Responsabilidad Fiscal.....	35
3.32 Prescripción	35
3.33 Cambio de contratante	35
3.34 Administración	36
4. MARCO NORMATIVO	36
4.1 Aviso de Privacidad Simplificado.....	36
4.2 Liga a Cita de Perceptos Legales.	37
4.3 Invitación para Consultar al RECAS	37

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 Consentimiento/Certificado Individual de Seguro, basándose en las declaraciones efectuadas por él mismo y/o el Contratante en la Solicitud de Seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

1. DEFINICIONES

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

1.1 Accidente

Es todo acontecimiento provocado por una causa externa, violenta, súbita y fortuita que afecte el organismo del Asegurado y ajeno a su voluntad, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, o bien, lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

1.2 Acreditado

Es aquella persona física en su carácter de acreditado o coacreditado que tiene un adeudo con el Contratante (Beneficiario Preferente e Irrevocable) derivado del contrato de Crédito con el Contratante, bajo los términos y condiciones establecidos del contrato respectivo.

1.3 Asegurado

Es aquella persona física que se encuentra amparada conforme a las Coberturas contratadas y su nombre aparece señalado en el Consentimiento/Certificado Individual, quien ha brindado su consentimiento y cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía para formar parte del Grupo Asegurado.

1.4 Asegurado Titular

Es el Acreditado, que aparece indicado con tal carácter en el Consentimiento/Certificado correspondiente, en virtud de que ha otorgado su Consentimiento, respecto a las Coberturas, para quedar amparado por el Seguro.

1.5 Beneficiario

Aquella persona indicada en el Consentimiento/Certificado Individual que ha sido designada por el Asegurado, quien tiene derecho a recibir la indemnización de aquellas Coberturas en las que, con el carácter de Beneficiario, se le ha designado.

1.6 Beneficiario Preferente e Irrevocable

Para efectos de este seguro, el Contratante tendrá esta calidad respecto del Saldo Insoluto del Crédito, en tanto que, los Beneficiarios tendrán derecho al remanente de la Suma Asegurada, en caso de existir.

1.7 Beneficio

Es la indemnización a la que tiene derecho el Beneficiario Preferente e Irrevocable o el Beneficiario según se trate, en caso de ser procedente la reclamación del Siniestro de acuerdo con lo especificado en la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual del seguro.

1.8 Cáncer

Aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizada por el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células malignas e invasión de tejidos. El término "Cáncer" también incluye leucemia, linfoma y melanoma.

1.9 Carátula de Póliza

Es el documento emitido por la Compañía en donde se estipulan, los datos de identificación del Contratante, Coberturas Amparadas, Primas y la descripción del Grupo Asegurado.

1.10 CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.11 Coacreditado

Persona que, participa junto con el Acreditado en el pago del Crédito otorgado, de manera solidaria o mancomunada, de conformidad con los términos y condiciones establecidos en el contrato de Crédito. Para efectos del presente Contrato de Seguro, el Cónyuge es quien fungirá como Coacreditado en caso de aplicar.

1.12 Compañía

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

1.13 Condiciones Generales

Es el conjunto de Cláusulas que establece la Compañía de forma unilateral y que regula las disposiciones legales, los derechos y obligaciones de las partes y las cuestiones operativas del Contrato de Seguro.

1.14 Condiciones Particulares

Son todos aquellos principios que hacen referencia a la funcionalidad y operatividad de las Coberturas que serán amparadas mediante este Contrato de Seguro.

1.15 Consentimiento/Certificado Individual

Documento expedido por la Compañía, el cual contine la información de cada Asegurado Titular y se hace constar las Coberturas que le serán aplicables.

Para efectos del presente Contrato de Seguro en el Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado, hará constar su consentimiento y su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado.

1.16 Contratante

Es la persona física o moral que suscribe con la Compañía la Póliza de Seguro, con el objeto de que cada Acreditado forme parte del Grupo Asegurado en los términos de esta, para garantizar el pago de cada Crédito, en los que se conoce el Saldo Insoluto para toda la vigencia del Crédito al inicio de cada año, que haya otorgado hasta por el Saldo Insoluto que corresponda.

El Contratante es responsable de pagar la Prima correspondiente de todo el Grupo Asegurado; de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.

1.17 Cónyuge

Es la persona vinculada con el Asegurado Titular por un matrimonio civil, también serán considerados dentro de esta definición al(a) concubino(a) o conviviente.

1.18 Crédito

Es la cantidad adeudada por el Acreditado al Contratante, en términos del contrato de crédito celebrado entre ellos, que el Acreditado debe devolver y/o pagar al Contratante.

1.19 Día de Hospitalización

Significan las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

1.20 Diagnóstico

El dictamen sobre un padecimiento o condición de este, que efectúa un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documental 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.

1.21 Enfermero (a)

Persona que ejerce la enfermería, que cuenta con título y cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública que lo autoriza para el ejercicio de su profesión que **no**

sea familiar consanguíneo o afinidad del Asegurado, así como cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la enfermería.

1.22 Endoso

Es el 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.

1.23 Enfermedad Grave Terminal

Es aquella enfermedad de carácter irreversible, progresivo e incurable, que se encuentre en estado avanzado y conlleve irremediablemente a la muerte del Asegurado, al no existir tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos curativos, y cuya esperanza de vida sea menor de seis (6) meses posteriores al diagnóstico.

1.24 Exclusiones

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por parte de la Compañía en los términos estipulados en esta Póliza.

1.25 Grupo Asegurado

Conjunto de personas que cuentan con un Crédito otorgado a su favor por parte del Contratante y que cumplen con los requisitos de elegibilidad que establece la Compañía para quedar asegurados por el presente Contrato de Seguro.

1.26 Hospital

Significa la institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, Enfermeras y demás personal titulado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable. Para efectos de esta sección no se considerará como Hospital a las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.

1.27 Invalidez Total y Permanente

Se considerará Invalidez Total y Permanente a la incapacidad que sufra el Asegurado a consecuencia de un Accidente o enfermedad para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por un periodo continuo de tres (3) meses.

1.28 Ley

Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS)

1.29 Médico

Persona que ejerce la medicina, que cuenta con título y cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública que lo autoriza para el ejercicio de su profesión que **no sea familiar consanguíneo o afinidad del Asegurado, así como cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la medicina.**

1.30 Muerte Accidental

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

1.31 Reglamento

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

1.32 Pérdidas Orgánicas

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

- La pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos
- La pérdida de una mano y un pie
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo
- La pérdida de una mano o un pie
- La pérdida de la vista de un ojo
- La pérdida de tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano
- Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos
- La pérdida de tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano
- La pérdida del dedo pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano
- Sordera completa e irreversible de ambos oídos
- La pérdida del dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano
- La pérdida del dedo pulgar de cualquier mano
- Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 centímetros
- La pérdida del dedo índice de cualquier mano
- La pérdida de cualquiera de los dedos medio, anular y meñique

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- En cuanto a la vista de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la vista.
- Pérdida de un dedo: la anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de dos (2) falanges completas cuando menos.

1.33 Periodo de Carencia

Periodo inmediato posterior a la fecha de inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, durante el cual el Asegurado no contará con cobertura. Este periodo deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado, es decir, no aplicará en las renovaciones del mismo Consentimiento/Certificado Individual.

1.34 Periodo de Espera

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra un Siniestro, para que el Asegurado pueda presentar su reclamación a la Compañía.

1.35 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.

1.36 Período de Hospitalización

Significa el periodo mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo de Hospitalización se establecerá en horas o en días y será el especificado en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

1.37 Póliza

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las Condiciones Generales y Particulares, 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 Consentimientos/Certificados Individuales que emita la Compañía, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía y donde se establecen los términos y condiciones del Seguro contratado.

1.38 Prima

Es la cantidad total determinada por la Compañía, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las Coberturas del Seguro contratadas y que se establece en la Carátula de Póliza, misma que considera derechos de Póliza y recargos en caso de que estos apliquen.

1.39 Prima Neta

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

1.40 Reserva Matemática

Para efectos del presente Contrato, consiste en la Prima Neta no devengada calculada en días exactos.

1.41 Saldo Insoluto

Es la cantidad total adeudada y no pagada por el Acreditado al Contratante en términos del contrato de Crédito, a la fecha de la ocurrencia del Siniestro.

Para efectos del presente Seguro no formarán parte del Saldo Insoluto y consecuentemente, no se encuentran cubiertos bajo el presente Contrato de Seguro:

- 1) Las amortizaciones mensuales vencidas y no pagadas,
- 2) Los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo (intereses moratorios),
- 3) Tampoco se comprenden el pago por daños y perjuicios, sanciones y/o penas convencionales,
- 4) Comisiones,
- 5) Cuotas.

1.42 Siniestro

Realización de la eventualidad cubierta por alguna de las coberturas contratadas y prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización.

1.43 Subgrupo

Se refiere a una subdivisión o segmento específico del Grupo Asegurable que comparten características particulares. Este Subgrupo puede estar definido por criterios como rangos de edad, el tipo de deuda, el tipo de riesgo, entre otros factores relevantes para la Cobertura del seguro sin que esta subdivisión represente una práctica discriminante, sino un elemento de identificación del tipo de riesgo que comparten.

1.44 Suma Asegurada

Es la cantidad establecida en el Consentimiento/Certificado Individual del Seguro por cada Cobertura y hasta por el monto máximo que tendrá responsabilidad la Compañía, en caso de proceder el Siniestro.

1.45 Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)

Suma Asegurada Máxima que se concede a cada Asegurado sin que tenga que aplicarse una evaluación médica previa al otorgamiento del seguro. En caso de que el Contratante solicite una Suma Asegurada mayor al SAMI

para uno o varios Asegurados, la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad como llenado de cuestionarios médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo particular, notificando por escrito la aceptación o rechazo de la misma dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de entrega de los exámenes o cuestionarios correspondientes.

1.46 Unidad de Medida y Actualización (UMA)

La Unidad de Medida y Actualización (en adelante UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales y de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

Para efectos de estas Condiciones Generales, la Unidad de Medida y Actualización será utilizada para determinar la cuantía del pago de las obligaciones contraídas mediante el presente Contrato de Seguro, las cuales se consideran en monto determinado y serán solventadas entregando su equivalente en moneda nacional, multiplicándose el monto de la obligación, expresado en esta unidad, por el valor diario de dicha unidad a la fecha en que ocurra el siniestro amparado por este contrato.

1.47 Vigencia

Es la duración considerada para cada Cobertura contratada, la cual comienza y termina a las 12:00 horas de la Fecha de Inicio y Fin de Vigencia indicadas en la Carátula de la Póliza y en cada uno de los Consentimientos Certificados Individuales emitidos por la Compañía.

2. CONDICIONES PARTICULARES

Todas las Coberturas descritas en este apartado operan con Sumas Aseguradas y Condiciones Particulares independientes y la responsabilidad máxima de la Compañía es la establecida en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado, en ningún caso la indemnización será superior a este límite.

2.1 Cobertura Básica: Fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado Acreditado durante la Vigencia establecida en la Carátula de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual, y siempre que ambos se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual. El pago de la indemnización podrá ser de la siguiente forma:

- 1) El pago del Saldo Insoluto del Crédito que tenga el Asegurado Acreditado a la fecha de su fallecimiento y hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada a favor del Beneficiario Preferente e Irrevocable.
- 2) El pago de una Suma Asegurada fija, la cual cubrirá el Saldo Insoluto del Crédito adeudado por el Asegurado Acreditado al momento de su fallecimiento al Beneficiario Preferente e Irrevocable. En caso de existir un remanente, este se pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento/Certificado Individual.

La Suma Asegurada que corresponde a esta Cobertura no podrá ser mayor a la SAMI estipulada en el Consentimiento/Certificado Individual y/o en la Carátula de Póliza, excepto en los casos en los que el Asegurado se haya sometido a los requisitos de asegurabilidad y la Compañía haya autorizado su aceptación por escrito en el Consentimiento/Certificado individual correspondiente.

Al momento del pago de la indemnización de esta Cobertura por parte de la Compañía, las obligaciones que derivan del presente Consentimiento/Certificado Individual quedarán extinguidas, dando por cancelado el Consentimiento/Certificado Individual, tanto para el Asegurado Titular como para los Asegurados adicionales.

2.1.1 Personas Aseguradas

Dentro de esta Cobertura se podrá amparar al Asegurado Titular (Acreditado) y/o a su Cónyuge de acuerdo con la solicitud hecha por el Contratante a la Compañía, siempre y cuando esta última haya aceptado su inclusión dentro de esta Cobertura y se encuentren indicados como amparados dentro de la Carátula de la Póliza y/o

Consentimiento/Certificado Individual correspondiente. Los hijos del Asegurado Titular (Acreditado) y/o de su Cónyuge no pueden ser asegurados en esta Cobertura.

En caso de que se ampare al Cónyuge del Asegurado Titular (Acreditado) bajo esta Cobertura; si el Cónyuge fallece antes que el Asegurado Titular, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura conforme a lo expresado en la Cláusula **“2.1 Cobertura Básica: Fallecimiento”**, quedando extinguidas las obligaciones de la Compañía dando por cancelado el Consentimiento/Certificado Individual.

En caso de ocurrir la muerte simultánea del Asegurado Titular y la de su Cónyuge, se considerará que el Titular falleció primero, por lo que sólo se pagará una sola indemnización por esta Cobertura.

2.1.2 Documentación en caso de Siniestro

La documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización será la siguiente:

- a) Certificado de defunción del Asegurado amparado,
- b) Acta de defunción del Asegurado amparado,
- c) Identificación oficial vigente del Asegurado amparado,
- e) 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 a consecuencia de un Accidente,
- i) Acta del ministerio público, en caso de que la muerte haya sido a consecuencia de un Accidente,
- k) Último estado de cuenta que compruebe el saldo del Crédito,
- l) Identificación oficial vigente por cada Beneficiario,
- n) Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a tres (3) meses por cada Beneficiario,
- o) CURP del Beneficiario,
- p) Original o copia del Consentimiento/Certificado Individual

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 a los Beneficiarios, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el Artículo 69 de la Ley.

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Consentimiento/Certificado Individual, 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 Consentimiento/Certificado Individual. En uno u otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

2.1.3 Exclusiones

Para esta Cobertura aplicará la siguiente exclusión, la cual se hará constar en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual:

Suicidio:

En caso de suicidio del Asegurado, la Compañía estará obligada a la indemnización correspondiente, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, si ocurre después de dos (2) años de la celebración del Contrato. Si el suicidio del Asegurado ocurre antes de los dos (2) años, la Compañía pagará únicamente la reserva matemática.

En caso de rehabilitación, el período de dos (2) años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

2.2 Coberturas Adicionales

Las siguientes Coberturas son de contratación opcional, por lo que serán aplicables al aparecer como amparadas en el Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado Titular correspondiente, en caso de no aparecer indicadas, la Compañía no tendrá obligación alguna en cuanto a ellas para con el Contratante y/o Asegurado.

2.2.1 Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado amparado por esta Cobertura, la Compañía otorgará a los Beneficiarios designados el monto de la Suma Asegurada para esta Cobertura estipulado en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, siempre y cuando el fallecimiento haya ocurrido dentro de la Vigencia de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual, y en tanto ambos se encuentren en vigor a la fecha del Siniestro.

2.2.1.1 Personas Aseguradas

Dentro de esta Cobertura se podrá amparar al Asegurado Titular Acreditado, a su Cónyuge o sus hijos de acuerdo con la solicitud hecha por el Contratante a la Compañía, siempre y cuando hayan aceptado su inclusión dentro de esta Cobertura Adicional y se encuentren indicados como amparados dentro del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

En caso de que mediante esta Cobertura se amparen a los hijos del Asegurado Titular Acreditado, cada uno quedará amparado por esta Cobertura hasta por el monto de Suma Asegurada contratada para cada uno de ellos. En caso de que los hijos del Asegurado Titular sean menores de doce (12) años el límite de Suma Asegurada corresponderá a sesenta (60) UMAs.

En caso de muerte simultánea de dos o más hijos, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada que corresponda a cada uno de ellos.

2.2.1.2 Anticipo por Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado amparado por la Cobertura de Gastos Funerarios, con la sola solicitud del anticipo y la presentación del Consentimiento/Certificado Individual, si lo tuviesen, y del certificado médico de defunción por parte del Beneficiario designado, la Compañía realizará un anticipo correspondiente al porcentaje de la Suma Asegurada de Gastos Funerarios indicado en el Consentimiento/Certificado Individual sin exceder el equivalente de sesenta (60) UMAs.

Dicho monto de anticipo será descontado de la indemnización total correspondiente a la Cobertura de Gastos Funerarios.

En caso de que hubiere varios Beneficiarios, el pago del anticipo se hará a aquel que se presente a realizar la reclamación ante la Compañía con el Consentimiento/Certificado Individual, si lo tuviesen, así como el certificado médico de defunción, la Identificación oficial vigente del Beneficiario, CURP del Beneficiario, estado de cuenta bancario vigente no mayor a tres (3) meses del Beneficiario, en cuyo caso el monto de anticipo se limitará al monto de indemnización que le corresponda de acuerdo con lo indicado en la designación de Beneficiarios por parte del Asegurado.

2.2.1.3 Anticipo por Enfermedad Grave Terminal

A solicitud del Asegurado amparado por la Cobertura de Gastos Funerarios, la Compañía pagará el monto que corresponda por Anticipo por Enfermedad Grave Terminal previsto en esta cláusula al propio Asegurado o a su representante legal, siempre y cuando haya recibido diagnóstico por primera vez y durante la Vigencia de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual, un diagnóstico de Enfermedad Grave Terminal en cuyo caso la expectativa de vida del Asegurado sea menor a seis (6) meses. Lo anterior, en el entendido que dicho anticipo será el porcentaje de la Suma Asegurada de Gastos Funerarios indicado en el Consentimiento/Certificado Individual sin exceder el equivalente de sesenta (60) UMAs.

Dicho monto de anticipo será descontado de la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura de Gastos Funerarios establecida en la Carátula de la Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual.

En caso de que se haga uso de este beneficio, quedará sin efectos el beneficio de Anticipo por Gastos Funerarios indicado en la cláusula anterior.

2.2.1.4 Documentación en caso de Siniestro

La documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización a los Beneficiarios será la siguiente:

- a) Certificado de defunción del Asegurado amparado,
- b) Acta de defunción del Asegurado amparado,
- c) Identificación del Asegurado amparado, si la tuviesen,
- d) Declaración del Beneficiario (una por cada Beneficiario),
- e) Declaración del Médico que certificó la muerte,
- f) Copia de identificación oficial del Médico que certificó la muerte, si la tuviesen,
- g) Historia clínica de Asegurado,
- h) Estado de cuenta bancario por Beneficiario para pago del Siniestro,
- i) Identificación oficial vigente por Beneficiario,
- j) Comprobante de domicilio por Beneficiario,
- k) CURP del Beneficiario.

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.

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Consentimiento/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 Consentimiento/Certificado. En uno y otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

2.2.1.5 Exclusiones para la Cobertura Adicional Gastos Funerarios

Para esta Cobertura aplicará la siguiente exclusión, la cual se hará constar en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual:

Suicidio:

En caso de suicidio del Asegurado, la Compañía estará obligada a la indemnización correspondiente, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, si ocurre después de dos (2) años de la celebración del Contrato. Si el suicidio del Asegurado ocurre antes de los dos (2) años, la Compañía pagará únicamente la reserva matemática.

En caso de rehabilitación, el período de dos (2) años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

2.2.2 Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas B

En caso de que el Asegurado, amparado por esta Cobertura e indicado en el Consentimiento/Certificado Individual, llegará a fallecer o sufriendo Pérdidas Orgánicas a consecuencia de un Accidente o dentro de los noventa (90) días posteriores a éste, siempre y cuando este Consentimiento/Certificado Individual, así como la Póliza correspondiente se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará al propio Asegurado o a los Beneficiarios designados, según corresponda, el porcentaje de la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento/Certificado Individual de acuerdo con la "Tabla de indemnizaciones escala B" por la o las Pérdidas Orgánicas sufridas.

Tabla de indemnizaciones escala B	
Pérdida ocurrida	% de Suma Asegurada
Vida	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El dedo pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25%
El dedo índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

La Compañía indemnizará una o más Pérdidas Orgánicas ocurridas exclusivamente a causa de uno o varios Accidentes, de acuerdo con los porcentajes de la Tabla anterior hasta el tope de responsabilidad de la Compañía por esta Cobertura, misma que en ningún caso excederá el 100% de la Suma Asegurada contratada.

En caso de presentarse varias reclamaciones por esta Cobertura, siempre y cuando no se haya pagado previamente el 100% de la Suma Asegurada durante la Vigencia de la Póliza o Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, la responsabilidad de la Compañía se limitará al porcentaje que corresponda de la diferencia entre el 100% de la Suma Asegurada y el porcentaje previamente indemnizado.

Se entenderá por:

- Pérdida de una mano. La mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).
- Pérdida de un pie. La mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- Pérdida de la vista. La pérdida completa e irreparable de la vista.
- Pérdida de un dedo. La anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de dos (2) falanges completas cuando menos.

2.2.2.1 Personas Aseguradas

Dentro de esta Cobertura se podrá amparar al Asegurado Titular Acreditado, a su Cónyuge o a sus hijos de acuerdo con la solicitud hecha por el Contratante a la Compañía, siempre y cuando hayan aceptado su inclusión dentro de esta Cobertura adicional y se encuentre indicado como amparado dentro del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

En caso de que mediante esta Cobertura se amparen a los hijos del Asegurado Titular Acreditado, cada uno de ellos quedará amparado por esta Cobertura hasta por el monto de Suma Asegurada contratada para cada uno de ellos. En caso de que los hijos del Asegurado Titular Acreditado sean menores de doce (12) años el límite de Suma Asegurada corresponderá a sesenta (60) UMAs.

En caso de muerte simultánea de dos o más hijos, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada que corresponda a cada uno de ellos.

2.2.2.2 Documentación en caso de Siniestro

La documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización a los Beneficiarios será la siguiente:

Muerte Accidental:

- a) Certificado de defunción del Asegurado amparado,
- b) Acta de defunción del Asegurado amparado,
- c) Identificación del Asegurado amparado,
- d) Declaración del Beneficiario (una por cada Beneficiario),
- e) Declaración del Médico que certificó la muerte,
- f) Copia de identificación oficial del Médico que certificó la muerte, si la tuviesen,
- g) Historia clínica del Asegurado,
- h) Estado de cuenta bancario por Beneficiario para pago del Siniestro,
- i) Identificación oficial por Beneficiario,
- j) Comprobante de domicilio por Beneficiario,
- k) CURP del Beneficiario,
- l) Copia certificada de las actuaciones del ministerio público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de hechos del Accidente.

Pérdidas orgánicas:

- a) Declaración del Asegurado,
- b) Identificación del Asegurado,
- c) Declaración del Médico,
- d) Copia de identificación oficial del Médico,
- e) Historia clínica del Asegurado,
- f) Estado de cuenta bancario por Beneficiario para pago del Siniestro,
- g) Comprobante de domicilio del Asegurado,
- h) CURP del Asegurado,
- i) Copia certificada de las actuaciones del ministerio público competente para conocer el caso, en donde conste la relación de hechos del Accidente.
- j) Dictamen y todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar Pérdida Orgánica.
- k) Radiografías y su interpretación sobre la Pérdida Orgánica.
- l) Estudios realizados para comprobación de la pérdida de la vista o la pérdida auditiva.

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 solicitar al Asegurado y/o Beneficiarios, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley.

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Consentimiento/Certificado Individual, 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 Consentimiento/Certificado Individual. En uno y otro caso, deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

2.2.2.3 Exclusiones para la Cobertura Adicional Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas B

- 1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado hacia su persona, aun cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- 2. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- 3. Lesiones ocasionadas por tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- 4. Lesiones sufridas por la participación del Asegurado en servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones, marchas, motines, levantamientos o alborotos populares.**
- 5. La participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
- 6. Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.**
- 7. Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- 8. 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.**
- 9. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo en que participe directamente el Asegurado.**
- 10. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.**
- 11. 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.**
- 12. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- 13. 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.**

- 14. Abortos, cualquiera que sea la causa, excepto si son a consecuencia de un Accidente.**
- 15. Hernias o eventraciones, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- 16. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de bebidas embriagantes con un nivel de alcoholemia mayor a 0.4 miligramos de etanol por litro de sangre [ml/l]), o bien por estar bajo los efectos de drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos excepto si estos fueron ingeridos por haber sido prescritos por un médico.**
- 17. Envenenamiento, excepto accidental.**
- 18. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.**
- 19. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos o sonambulismo.**
- 20. Como consecuencia de un Accidente de tránsito del que las autoridades no hayan tenido conocimiento.**

2.2.3 Cáncer

Si durante la Vigencia de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual al Asegurado se le realiza el primer diagnóstico definitivo de Cáncer verificado por un estudio histopatológico, se le indemnizará por una sola vez y en una sola exhibición de acuerdo con la Suma Asegurada contratada e indicada en el Consentimiento/Certificado Individual, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Que al Asegurado se le presenten por primera vez las manifestaciones, síntomas o signos del cuadro clínico indicativo de Cáncer después de agotado el Periodo de Carencia estipulado en el Consentimiento/Certificado Individual.
- Que al Asegurado se le realicen por primera vez los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para el diagnóstico definitivo de Cáncer después de agotado el Periodo de Carencia estipulado en el Consentimiento/Certificado Individual.
- Que el primer diagnóstico definitivo sea confirmado por un Médico especialista y evidenciado por un examen histológico concluyente.

2.2.3.1 Personas Aseguradas

Dentro de esta Cobertura se podrá amparar al Asegurado Titular Acreditado, a su Cónyuge o a sus hijos de acuerdo con la solicitud hecha por el Contratante a la Compañía, siempre y cuando hayan aceptado su inclusión dentro de esta Cobertura Adicional y se encuentre indicado como amparado dentro del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

2.2.3.2 Documentación en caso de Siniestro

La documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización al Asegurado será la siguiente:

- a) Identificación del Asegurado amparado
- b) Historia clínica del Asegurado,
- c) Estado de cuenta bancaria del Asegurado para pago del Siniestro, con vigencia no mayor a 3 meses.
- d) Informe del Médico oncólogo que especifique estadio del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y clasificación, estadificación. El informe médico deberá

contener nombre y cédula profesional vigente. Copia certificada del estudio histopatológico que indique el diagnóstico definitivo de Cáncer, mismo que deberá estar firmado y sellado por el Médico especialista en patología humana con nombre completo y cédula vigente correspondiente a la especialidad, así como membretado por la institución que lo elabore, mismo que deberá tener fecha posterior a la emisión de la Póliza, al Consentimiento/Certificado Individual y al Periodo de Carencia.

2.2.3.3 Exclusiones para la Cobertura Adicional Cáncer

Para efectos de esta cobertura no están cubiertos:

- 1. Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones premalignas.**
- 2. Cáncer de próstata en estadio menor a II de la 8ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC).**
- 3. Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a II de la 8ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC).**
- 4. Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.**
- 5. Cáncer diagnosticado o tratado antes del inicio de Vigencia o durante el Periodo de Carencia especificado en el Consentimiento/Certificado Individual, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica, o Cáncer diagnosticado con base en células tumorales, moléculas asociadas al tumor o marcadores en sangre, saliva, heces u otros fluidos, en ausencia de evidencia histopatológica definitiva.**
- 6. Cánceres de la piel.**
- 7. Cánceres de tiroides menor que dos (2) cm.**
- 8. Preexistencias.**

2.2.4 Invalidez Total y Permanente

Mediante esta Cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada al Beneficiario correspondiente en caso de que el Asegurado Acreditado quede inválido total y permanentemente una vez cumplido el periodo de espera de tres (3) meses, en una sola exhibición.

Para el caso del Asegurado Acreditado, el pago de la indemnización por esta Cobertura se dará de la siguiente forma:

- 1) El pago del Saldo Insoluto a la fecha de decretarse su condición de Invalidez Total y Permanente y hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada a favor del Beneficiario Preferente e Irrevocable.
- 2) El pago de una Suma Asegurada fija, la cual cubrirá el Saldo Insoluto adeudado por el Asegurado Acreditado al momento de la validación de su estado de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad al Beneficiario Preferente e Irrevocable. En caso de existir caso de un remanente, este se pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento/Certificado Individual.

El cualquier caso, la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento/Certificado Individual que corresponde a esta Cobertura no podrá ser mayor a la SAMI estipulada en el Consentimiento/Certificado Individual y/o en la Carátula de Póliza, excepto en los casos en los que el Asegurado se haya sometido a los requisitos de asegurabilidad y la Compañía haya autorizado su aceptación por escrito en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Al momento del pago de la indemnización de esta Cobertura por parte de la Compañía, las obligaciones que derivan del Consentimiento/Certificado Individual quedarán extinguidas, dando por cancelado el Consentimiento/Certificado Individual, tanto para el Asegurado Titular como para los Asegurados adicionales.

Para acreditar el estado de Invalidez se requiere que la enfermedad o las lesiones sufridas como consecuencia de un Accidente sean irreversibles.

También se considerarán estados de Invalidez Total y Permanente, sin que opere el periodo de espera de tres (3) meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos
- La pérdida de ambas manos o ambos pies
- La pérdida de una mano y un pie
- La pérdida de una mano o un pie y la vista de un ojo

Se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

2.2.4.1 Personas Aseguradas

Dentro de esta Cobertura se podrá amparar al Asegurado Titular Acreditado y a su Cónyuge de acuerdo con la solicitud hecha por el Contratante a la Compañía, siempre y cuando haya aceptado su inclusión dentro de esta Cobertura Adicional y se encuentre indicado como amparado dentro de la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

En caso de que se amparé al Cónyuge del Asegurado Titular Acreditado bajo esta Cobertura, si el Cónyuge sufre una Invalidez Total y Permanente antes que el Asegurado Titular, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta Cobertura quedando extinguidas las obligaciones de la Compañía, dando por cancelado el Consentimiento/Certificado Individual.

2.2.4.2 Comprobación del estado de Invalidez Total y Permanente

Para que la Compañía conceda este beneficio, el Asegurado deberá presentar pruebas que acrediten el estado de Invalidez Total y Permanente. Para aprobar cualquier reclamación la Compañía se reserva el derecho de exigir al Asegurado las pruebas que sean médicamente necesarias para acreditar dicho estado de Invalidez.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, el dictamen de Invalidez avalado por una Institución Pública de Salud o Médico con cédula profesional, certificados y especialistas en medicina laboral, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su Invalidez, en caso de que la Compañía determine la improcedencia de un dictamen, deberá hacerlo con base en la opinión de un Médico especialista en la materia.

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, el caso será evaluado por un Médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de Invalidez, la Compañía pagará la indemnización que corresponda, en los términos del Contrato de Seguro.

Para evaluar la procedencia o no de la Invalidez Total y Permanente, será necesario que dicho estado inicie durante la Vigencia de la Póliza, independientemente de que el periodo de continuidad de dicho estado, mencionado en la Cláusula **“2.2.4 Invalidez Total y Permanente”**, termine después de la fecha de término de Vigencia de la Póliza.

2.2.4.3 Documentación en caso de Siniestro

La documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización será la siguiente:

- a) Formato de reclamación, incluyendo la declaración del Siniestro por parte del Asegurado.
- b) Dictamen de Invalidez avalado por una institución o Médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia indicando claramente la fecha en la que se dictamina la Invalidez Total y Permanente
- c) Todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez.
- d) Identificación oficial vigente del Asegurado.
- e) En caso de no tener elementos para acreditar la existencia del Siniestro, se podrá requerir el expediente clínico completo del Asegurado.

2.2.4.4 Exclusiones para la Cobertura Adicional Invalidez Total y Permanente

Este beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

- 1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado (cualquiera que sea su causa).**
- 2. Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra o rebelión, alborotos populares o insurrecciones.**
- 3. Lesiones sufridas en actos delictuosos cometidos por el propio Asegurado.**
- 4. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero de un vehículo público de compañía comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.**
- 5. Accidentes que ocurran al Asegurado por su participación directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- 6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas, u otros vehículos similares de motor.**
- 7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, montañismo, boxeo, cualquier tipo de lucha, cualquier deporte aéreo, artes marciales, espeleología, equitación, rugby, rapel, vuelo en aeronaves ultraligeras o vuelo delta.**
- 8. Radiaciones atómicas, nucleares, ionizantes y derivadas de estas.**
- 9. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro o cuando tenga más de 100 MLG o más de 0.10% de concentración de alcohol en la sangre.**
- 10. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de enervantes, drogas o sustancias tóxicas, excepto cuando fueron prescritas por**

- un Médico, que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro.
11. Lesiones que sufra el Asegurado por negligencia grave, cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del Siniestro.
 12. Lesiones provenientes de un Accidente ocurrido antes del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.
 13. Padecimientos que se hubieran manifestado, antes del alta del Asegurado al Grupo Asegurado y que fueron diagnosticados por un Médico.
 14. Cualquier alteración psicológica.
 15. Preexistencias.

2.2.5 Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

En caso de encontrarse amparada esta Cobertura en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía reintegrará al Asegurado Titular o a los Beneficiarios designados según sea el caso, los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra, a causa de un Accidente cubierto que ocurra durante la Vigencia de esta Cobertura.

El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del Siniestro y hasta dentro de los diez (10) días naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el Accidente.

En virtud de lo anterior, no serán cubiertas por este Contrato de Seguro la muerte ni las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado. Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente se considerarán como un solo evento.

2.2.5.1 Personas Aseguradas

Dentro de esta Cobertura se podrá amparar al Asegurado Acreditado Titular, a su Cónyuge o sus hijos de acuerdo con la solicitud hecha por el Contratante a la Compañía, siempre y cuando hayan aceptado su inclusión dentro de esta Cobertura Adicional y se encuentre indicado como amparado dentro del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

2.2.5.2 Cuantía del reembolso

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

- a) Se sumarán todos los Gastos Médicos Cubiertos y siempre que sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida.
- b) En caso de que la suma de los Gastos Médicos Cubiertos sea superior a la Suma Asegurada contratada, la responsabilidad de la Compañía se limitará a la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.

2.2.5.3 Disminución de Suma Asegurada

Toda indemnización que la Compañía pague reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada hasta su agotamiento total, en cuyo caso quedará cancelada la Cobertura para el Asegurado correspondiente.

2.2.5.4 Gastos Médicos Cubiertos

Serán considerados Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para tratamiento médico o quirúrgico a causa de un Accidente cubierto y que sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida, por los siguientes conceptos:

- a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del Médico cirujano.

- b) El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
- c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
- d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
- f) El costo por Hospitalización, entendiéndose como este, por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado.
- g) El costo por utilización de ambulancia terrestre que sea medicamento indispensable, acompañado del reporte médico del traslado firmado por el Médico que indicó el traslado en ambulancia.
- h) El costo por un(a) Enfermero (a) acreditado(a) y/o certificado (a) con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el periodo de Hospitalización. Fuera del Hospital se limitará al costo de una Enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días naturales por cada evento.
- i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por día, exceptuando las consultas postoperatorias.
- j) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

2.2.5.5 Documentación en caso de siniestro

La documentación mínima para evaluar la procedencia del pago de la indemnización será la siguiente:

- a) Declaración del Asegurado,
- b) Declaración del Médico,
- c) Historia clínica completa que contenga el mecanismo de lesión del Accidente,
- d) Identificación vigente del Asegurado,
- e) Identificación vigente del Médico,
- f) Resultado e interpretación de los estudios que confirmen las lesiones ocasionadas por el Accidente,
- g) Actuaciones del ministerio público completas,
- h) Estado de cuenta bancario del Asegurado no mayor a 3 meses,
- i) CURP del Asegurado,
- j) Comprobante de domicilio del Asegurado, vigente y no mayor a 3 meses,
- k) Comprobantes de gastos con desglose y costo unitario por cada concepto.

2.2.5.6 Exclusiones para la Cobertura Adicional Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

La Compañía no pagará la indemnización por un Siniestro ocurrido durante la Vigencia de este Contrato de Seguro y/o Consentimiento/Certificado Individual, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

- **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue un Accidente para el Asegurado.**
- **Lesión o muerte por radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**
- **Lesiones o Accidentes derivados de la participación directa del Asegurado como sujeto activo del delito, en actos delictivos de carácter intencional.**

- La práctica profesional de cualquier deporte.
- Cualquier Accidente que ocurra cuando el Asegurado conduzca o aborde una motocicleta, motoneta, o vehículo de motor similar.
- Eventos ocurridos por la práctica de paracaidismo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo.
- No se cubrirán los Accidentes originados por la práctica del buceo cuando:
 - No se cuente con la licencia respectiva, y/o
 - No se esté bajo la supervisión de instructores capacitados, y/o
 - La inmersión sea superior a 40 metros.
- Eventos ocurridos en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe el Asegurado.
- Lesiones o muerte del Asegurado en riña, cuando éste la haya provocado.
- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una Aeronave, a menos que viaje en ella como Pasajero.
- Accidentes originados o causados cuando el Asegurado se encuentre en estado alcohólico o bajo influencia de drogas, enervantes o estimulantes no prescritos médicamente. Se entiende por estado alcohólico la presencia de un nivel mayor a 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente.
- Indemnizaciones por o resultantes de, que contribuyan a, o agravados como consecuencia directa, accidentales o intencionales, deliberados o no deliberados, directos o en todo o en parte causados por cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - Guerra (declarada o no), invasión, acción bélica en tiempos de paz o de guerra, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil y/u operaciones similares, incluyendo acción encubierta, combate o defensa en contra del ataque real, impedimento de tal ataque o ataque esperado: por gobierno (de derecho o de hecho) o poder usurpado o por cualquier autoridad mantenida o usando el poder militar, naval, fuerza aérea o por un agente de cualquiera de dichos gobiernos, poder, autoridad o fuerza;
 - Motín, conmoción civil asumiendo la proporción de o amotinamiento popular, insurrección, rebelión, revolución, militar o por usurpación de poder, o acción tomada por la autoridad gubernamental en impedirlo, combatirlo o defenderse contra dicha ocurrencia, ataque o destrucción;
 - Actos de terrorismo, cometidos por una o varias personas actuando a nombre de o con relación a con cualquier organización. Para el propósito de esta exclusión, terrorismo significa el tipo penal descrito en el artículo 139 del Código Penal Federal, es decir, el uso de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego o por incendio, inundación, o por cualquier otro medio violento, por el que se realicen actos en contra de las personas, las cosas o servicios al público, que produzcan alarma, temor, terror en la población o en un grupo o sector de ella, para perturbar la paz pública o tratar de menoscabar la autoridad del estado o presionar a la autoridad para que tome una determinación.

- Secuestro, cualquier ataque ilegal, ilícito o ejercicio injusto del control de cualquier medio de transportación, incluyendo, pero no limitado a aviones, vehículos acuáticos, camiones, trenes o automóviles, incluyendo cualquier intento de ataque o control, hecho por cualquier persona o personas.
- Infecciones, con excepción de las que resulten de lesiones derivadas de Accidentes.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos, de carácter preventivo.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables y que sean derivadas de un Accidente.
- Tratamientos quiroprácticos, naturistas o de acupuntura.
- Hernias o eventraciones.
- Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.
- No serán cubiertas por este Contrato de Seguro las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.
- Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padezca infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.
- Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.
- Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulte necesarios a consecuencia de un Accidente.
- Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.
- Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
- Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.
- Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
- Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas en ejecución de un robo o tentativa de este en agravio del Asegurado.

- **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.**
- **Gastos Médicos por lesiones derivadas del secuestro del Asegurado, a menos que se haya presentado la denuncia por secuestro al ministerio público correspondiente.**

2.2.6 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía pagará una (1) Renta Diaria por cada día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, de conformidad con el monto de Renta Diaria establecido en el Consentimiento/Certificado Individual.

El Asegurado estará amparado bajo esta Cobertura Adicional siempre que la hospitalización: (i) sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida; (ii) cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en el Consentimiento/Certificado Individual; y (iii) se realice en un Hospital.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurrido el Periodo de Hospitalización, por lo que:

1. La indemnización o Renta Diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado una vez superado el Periodo de Hospitalización, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio.
2. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso previo a alcanzar el Periodo de Hospitalización; y
3. La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso posterior al Periodo Máximo de Beneficio.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio.

2.2.6.1 Periodo Máximo de Beneficio

Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado debido a la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente. El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en el Consentimiento/Certificado Individual.

El Periodo Máximo de Beneficio será de treinta (30) días, a partir de la fecha en que ocurrió la primera noche de hospitalización y en caso de que ocurran hospitalizaciones sucesivas.

2.2.6.2 Personas Aseguradas

Dentro de esta Cobertura se podrá amparar al Asegurado Acreditado Titular, a su Cónyuge o a sus hijos de acuerdo con la solicitud hecha por el Contratante a la Compañía, siempre y cuando hayan aceptado su inclusión dentro de esta Cobertura Adicional y se encuentre indicado como amparado dentro del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

2.2.6.3 Exclusiones para la Cobertura Adicional de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la hospitalización del Asegurado se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:

1. **Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:**
 - i. **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección; y**
 - ii. **Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
2. **Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:**

- a) Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
 - c) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en los que participe directamente el Asegurado; y
 - d) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
3. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 4. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.
 5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente que haya ocurrido durante la Vigencia de esta Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.
 6. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
 7. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente.
 8. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente y que originen lesiones en dientes naturales.
 9. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

3. CLÁUSULAS GENERALES

3.1 Contrato de Seguro

La Póliza, las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, el Registro de Asegurados, los Consentimientos/Certificados Individuales y los Endosos que se agreguen, mismos que deben estar previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, así como cualquier documento emitido y autorizado por la Compañía constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

3.2 Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato de Seguro a solicitud del Contratante por periodos de igual duración, mediante Endoso a la Póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos previstos en el Reglamento en la fecha de vencimiento del Contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos vigentes registrados ante la CNSF.

En caso de que la renovación no dé la opción de conservar siempre en los mismos términos y condiciones el Contrato de Seguro, la Compañía indicará por escrito al Contratante los cambios aplicables en la Renovación de la póliza, incluyendo las Primas correspondientes a la Renovación, con al menos 30 (treinta) días de

anticipación a la Renovación, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.

3.3 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 (30) 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. Lo anterior en conformidad con el Artículo 25 de la Ley. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

3.4 Modificaciones

Cualquier modificación al presente Contrato de Seguro deberá realizarse por escrito en los términos del Artículo 19 de la Ley y previamente registrado ante la CNSF.

La Póliza y sus eventuales Endosos o cláusulas que sean emitidos por la Compañía, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones del presente Contrato de Seguro, por tanto, la Compañía no será responsable por declaraciones o documentos efectuados 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 emitido con fecha anterior. Ningún agente ni cualquier otra persona podrá cambiar o modificar en alguna de sus partes las presente Condiciones Generales, Condiciones Particulares o Endosos correspondientes.

3.5 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante, Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional de los Estados Unidos Mexicanos.

3.6 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 podrá ser menor o igual a un año.

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 que tenga la Compañía vigente a la fecha de pago.

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.

Durante el periodo de gracia, las Coberturas contratadas se mantendrán vigentes, 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 la Solicitud de Seguro. 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

En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Coberturas 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 treinta (30) días contados a partir de la fecha en que la Compañía haya recibido notificación por escrito del Contratante del movimiento en cuestión.

La Prima correspondiente a cada uno de los nuevos integrantes del Grupo Asegurado se calculará conforme a los registrado a la Nota Técnica.

3.7 Edades de aceptación y Renovación

Las edades de aceptación y renovación serán las indicadas en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, mismas que se encontrarán dentro de los límites registrados ante la CNSF en la Nota Técnica correspondiente.

3.8 Contribución de los Asegurados al pago de la Prima

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir al pago de la Prima, siendo responsabilidad del Contratante liquidarla oportunamente a la Compañía para que los Asegurados estén cubiertos en la Póliza.

3.9 Registro de Asegurados

Con base a los datos proporcionados por el Contratante, 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 Asegurado;
- 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 Consentimiento/Certificado Individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

A solicitud por escrito por parte del Contratante, la Compañía deberá entregar copia de este registro.

3.10 Movimiento de Asegurados

El Contratante debe reportar los movimientos de altas los cuales incluirán sus Consentimientos respectivos, 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 treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico.

a) 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 (30) 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 de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta (30) 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 (30) 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.

b) 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 Consentimiento/Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá, previa solicitud por escrito a la Compañía, la parte de la Prima Neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

3.11 Consentimientos/Certificados Individuales

La Compañía expedirá y entregará los Consentimientos/Certificados al Contratante y/o los Asegurados Titulares.

Los Consentimientos/Certificados deberán contener los datos que requiere el Artículo 11 y 16 del Reglamento, que consisten en:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía.
- b) Firma del funcionario autorizado de la Compañía.
- c) Operación del seguro, número de la Póliza y el número de Consentimiento/Certificado.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f) Fecha de Vigencia tanto de la Póliza como del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.
- g) Suma Asegurada o Regla para determinarla en cada beneficio.
- h) Designación de los Beneficiarios indicando su nombre y porcentaje asignado, así como, en su caso, el carácter de irrevocable de dicha designación.
- i) Las Principales cláusulas de la Póliza.

Entrega de Certificados Individuales y documentación contractual a los Asegurados Titulares

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

- Proporcionando al Contratante los Consentimientos/Certificados para su entrega a los Asegurados Titulares.
- Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados Titulares la información prevista en la Fracción I del artículo 16 del Reglamento.

En todos los casos, el Asegurado Titular puede solicitar a la Compañía el Consentimiento/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 Consentimiento/Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Compañía enviará dentro de los treinta (30) días siguientes dicho documento al Asegurado.

3.12 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 treinta (30) 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.

3.13 Dividendos

El presente Contrato de Seguro no otorga dividendos.

3.14 Beneficiarios

Todo integrante del Grupo designará libremente a sus Beneficiarios, pudiendo cambiar de Beneficiarios en cualquier momento, mediante notificación por escrito a la Compañía. El Asegurado podrá renunciar al derecho, si así lo desea, siempre que lo comunique por escrito a la Compañía y a los propios Beneficiarios, para su anotación correspondiente en el Consentimiento/Certificado Individual.

Para efectos del presente Contrato de Seguro el Contratante será designado como Beneficiario Preferente e irrevocable tanto de la Cobertura Básica de Fallecimiento como de la Cobertura Adicional de Invalidez Total y Permanente debido a que el objeto del Contrato es el de garantizar créditos concedidos por el Contratante. El importe de la indemnización a que tenga derecho el Contratante no podrá ser mayor al saldo insoluto vigente a la fecha de ocurrencia del Siniestro.

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.

3.15 Edad

Para los efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real del Asegurado la edad exacta en años enteros 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 para cada una de las Coberturas contratadas y para cada una de las personas aseguradas indicadas en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

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 se comprueba que hubo inexactitud en la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, si la edad del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- II. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagase 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.
- III. Si la Compañía hubiera entregado ya el importe de la protección contratada del seguro al descubrirse la inexactitud en la edad del Asegurado tendrá derecho a recobrar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- IV. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere 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 de Seguro. Las Primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- V. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, 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.

Si la edad del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la reserva matemática del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente en la fecha de su rescisión.

En caso de que se cuente con Contribución de los Asegurados al pago de la Prima, previa solicitud del Asegurado a la Compañía se devolverá al Asegurado la reserva matemática del Contrato de Seguro en la fecha de su rescisión.

3.16 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.

3.17 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 la Póliza.
- b) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza.

Además, cada Consentimiento/Certificado Individual terminará:

- a) Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular.
- b) En caso de que se ampare al Asegurado Titular bajo la Cobertura de Invalidez Total y Permanente, si el Asegurado Titular es indemnizado por esta Cobertura.
- c) En caso de que se ampare al Cónyuge del Asegurado Titular bajo la Cobertura de Fallecimiento, si el Cónyuge fallece antes que el Asegurado Titular,
- d) En caso de que se amparé al Cónyuge del Asegurado Titular bajo la Cobertura de Invalidez Total y Permanente, si el Cónyuge sufre una Invalidez Total y Permanente antes que el Asegurado Titular.
- e) A solicitud del Contratante.

En caso de terminación de la Póliza por cualquiera de las opciones descritas anteriormente, no procederá la devolución de la Prima no Devengada.

3.18 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.

3.19 Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con 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 treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

3.20 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, por escrito dentro de los cinco (5) días naturales siguientes al día en que tenga dicho conocimiento, 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.

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.

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.

3.21 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.**

3.22 Arbitraje

En caso de controversia entre las partes por la improcedencia de reclamación por parte de la Compañía, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje privado, ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo.

La Compañía acepta que, si el reclamante acude a esta instancia y se somete a comparecer ante un árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual será vinculativo para las partes, por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje se establecerá por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá el carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante 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".

3.23 Pago del Siniestro

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

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

3.24 Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Consentimiento/Certificado Individual 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 Consentimiento/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.

3.25 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.**

3.26 Suicidio

La Compañía estará obligada, aun en caso de suicidio del Asegurado, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, si ocurre después de dos (2) años de la celebración del Contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos (2) años, la Compañía pagará únicamente la reserva matemática.

En caso de rehabilitación, el período de dos (2) años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

3.27 Comunicación

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios señalados en la Carátula de Póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que este haya proporcionado por escrito a la Compañía.

3.28 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 (2) años contados a partir que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

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

Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348

Teléfono: 55 1103 7000

Correo: consultasyquejas@prudential.com

Horarios de atención: lunes a jueves de 8:00 horas a las 17:00 horas y viernes de 8:00 horas a las 15:00 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

3.29 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 (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

3.30 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 correspondiente en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

3.31 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.

3.32 Prescripción

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

3.33 Cambio de contratante

Cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta (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 Compañía reembolsará a quienes hayan aportado al pago de la Prima, de manera proporcional, la Prima Neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese Contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento.

3.34 Administración

En aquellos casos en donde la Compañía y el Contratante hayan convenido que la administración de la Póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el Contrato respectivo que la Compañía tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el Reglamento.

La Compañía deberá proporcionar la información que requiera la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para que ésta pueda entregar la información a que se refieren los dos últimos párrafos del artículo 52 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

4. MARCO NORMATIVO

4.1 Aviso de Privacidad Simplificado

Los Datos Personales que nos proporcione, incluyendo los patrimoniales, financieros, sensibles, biométricos y/o de geolocalización, así como, los considerados necesarios para la identificación y contacto de Asegurados y/o Beneficiarios, serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (la "Sociedad"), con domicilio en Av. Santa Fe N° 428, piso 7, DownTown Torre II, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, con la finalidad primaria y necesaria de la operación de nuestros productos y/o servicios, evaluar sus necesidades de protección, emisión de Contratos de Seguro, realizar investigaciones relacionadas con la oferta, contratación y administración de nuestros productos y/o servicios, analizar internamente y/o por conducto de terceros evaluaciones de riesgo inherente, procesamiento de solicitudes, su administración, emisión, envío y activación de Pólizas, realizar gestiones y trámites relacionados con sus solicitudes de servicio, aclaraciones, reclamaciones o quejas, generación de perfiles de acceso a los sistemas electrónicos para brindarle atención y acreditar su identidad, elaborar informes estadísticos y financieros, implementación de procesos de seguridad y resguardo, así como, la realización de cualquier actividad complementaria, auxiliar y necesaria para la debida prestación de nuestros servicios y/o productos. Asimismo, le informamos que con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica con Usted, así como aquellas finalidades previstas en este Aviso de Privacidad y su versión integral, la Sociedad transferirá sus Datos Personales a aquellos terceros o proveedores necesarios para que la Sociedad pueda prestar los servicios financieros y/o de seguros propios de su objeto, gestionar la inscripción y prestación de los servicios operados por estos, y que, en su caso, se ofrezcan como parte de los beneficios de la Póliza/producto contratado, incluyendo la elaboración de informes analíticos y/o estadísticos relacionados con los mismos, asimismo, a autoridades competentes, organismos gubernamentales en materia de salud, al Instituto Nacional Electoral (INE), el Registro Federal de Electores y/o el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO), única y exclusivamente para fines de validación y verificación de éstos, a través de las bases de datos oficiales y sistemas de verificación empleados por dichos organismos, en relación con los productos y/o servicios contratados con la Sociedad, entre otras, así como para cualquier otra finalidad prevista en la legislación vigente y aplicable.

Usted puede limitar el uso o divulgación de sus datos personales, así como, ejercer su derecho de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO) ante nuestra Gerencia de Privacidad. Para conocer el proceso, así como, nuestro aviso de Privacidad integral visite: https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf

El Titular declara, que ha leído y entendido el Aviso de Privacidad de la Compañía y que, a través de la presente solicitud, otorga su consentimiento expreso, facultando a la Sociedad a tratar sus datos personales, incluyendo los sensibles conforme al Aviso de Privacidad antes citado. Las Condiciones Generales de la Póliza que incluyen la descripción y las exclusiones de las Coberturas, las puede consultar en cualquier momento en nuestra página www.prudentialeseguros.com.mx.

Declara que se encuentra, legalmente facultado, jurídicamente legitimado y ha proporcionado su consentimiento para realizar la transferencia de los datos personales, datos personales sensibles y/o documentación adicional necesaria, según corresponda, a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., por lo que asume toda responsabilidad relacionada con la referida transferencia.

4.2 Liga a Cita de Perceptos Legales.

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá(n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente Contrato, en nuestra página de internet: <https://www.prudentialeseguros.com.mx>

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 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”



**FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS
DE LOS CONTRATANTES,
ASEGURADOS O BENEFICIARIOS
PARA SEGUROS DE VIDA GRUPO.**



Prudential



Como contratante, asegurado o beneficiario de un seguro, éstos son mis derechos y obligaciones fundamentales:

Mis derechos antes y durante la contratación del seguro:



Solicitar a mi agente, o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la identificación que los acredite como tales. Así como, **recibir un trato ético y orientación profesional de su parte, pudiendo requerir en cualquier momento, su reemplazo si sus servicios no me son satisfactorios.** También, **tengo derecho a solicitar por escrito el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a la persona que intervenga en la contratación del seguro.** Dicha información se proporcionará por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de mi solicitud.



Elegir, libre y voluntariamente qué coberturas contratar y con qué aseguradora.



Que no se me condicione la contratación de un producto financiero a la adquisición de un seguro, no previsto como obligatorio por la normativa.



A consultar, previamente a la contratación, **las condiciones del seguro publicadas en las páginas de CONDUSEF y de la aseguradora** y que se me proporcione **información de los seguros básicos estandarizados.**



A recibir toda información que me permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el **alcance real de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, exclusiones, así como todas las formas de terminación del contrato** a través del medio o canal que yo seleccione.



Que se me informe qué son los valores garantizados y si mi seguro contratado los otorga; así como, conocer si tengo derecho a dividendos y en qué casos se pagan.



Que se me brinde asesoría en caso de dudas o de requerir adecuaciones a mi seguro.

Mis derechos cuando ocurra un siniestro:



Que se oriente a mis beneficiarios sobre qué hacer y a quién dirigirse en caso de siniestro o controversia.



Que se pague la suma asegurada a mis beneficiarios, mientras la póliza sigue vigente y **a que se me explique que la indemnización a mis beneficiarios** puede verse disminuida por adeudos de la póliza.



Una vez que la compañía cuente con todos los documentos para evaluar el siniestro y haya determinado que procede el pago, **tiene 30 días para realizarlo y de no hacerlo en ese plazo, mis beneficiarios pueden reclamar una indemnización por mora.**



Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, **siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro.**



Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje, y conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

Mis obligaciones:



- **Leer detenidamente el contrato** de seguro.
- **Pagar la prima dentro del plazo convenido.**
- **Responder los cuestionarios** que se me apliquen con veracidad y sin omisiones o declaraciones inexactas.
- Durante la vigencia del seguro, **comunicar a la aseguradora cualquier hecho que pueda agravar el riesgo.**
- **Comunicar a la aseguradora la ocurrencia del siniestro dentro de los cinco días posteriores de haberlo conocido,** presentando toda la documentación que sustente mi reclamación.

“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 25 de octubre de 2024 con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”

Endoso. Eliminación de Exclusiones.

Póliza número

Tipo de Operación

Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza

Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza

Nombre del Contratante

Por medio del presente Endoso, se hace constar la eliminación de la sección: _____

Los demás términos y condiciones de este Contrato de Seguro, no sufren modificación alguna.

“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 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”

Endoso. Eliminación de Enfermedades Preexistentes.

Póliza número

Tipo de Operación

Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza

Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza

Nombre del Contratante

Por medio del presente Endoso, se hace constar la eliminación de la Exclusión:

Los demás términos y condiciones de este Contrato de Seguro, no sufren modificación alguna.

“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 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”

Endoso.

Póliza número

Tipo de Operación

Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza

Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza

Nombre del Contratante

Por medio del presente Endoso, se hace constar la modificación de la exclusión establecida en el inciso ___ de la Cláusula _____.

Para quedar de la siguiente forma:

Los demás términos y condiciones de este Contrato de Seguro, no sufren modificación alguna.

“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 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”

Endoso.

Póliza número

Tipo de Operación

Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza

Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza

Nombre del Contratante

Por medio del presente Endoso, se hace constar la modificación de las exclusiones establecidas en la cláusula _____, para quedar de la siguiente forma:

Los demás términos y condiciones de este Contrato de Seguro, no sufren modificación alguna.

“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 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”

Endoso. ELIMINACIÓN DE PERÍODOS DE ESPERA

Póliza número

Tipo de Operación

Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza

Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza

Nombre del Contratante

Por medio del presente Endoso, se hace constar que:

Los padecimientos _____ (mencionar padecimientos) quedan amparados sin Período de Espera.

Los demás términos y condiciones de este Contrato de Seguro, no sufren modificación alguna.

“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 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”

Endoso. Reconocimiento de antigüedad**Póliza número****Tipo de Operación****Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza****Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza****Nombre del Contratante**

Por medio del presente Endoso, se hace constar que:

- Se reconocerá la antigüedad generada por el Asegurado Titular en otras compañías de seguros, respecto a la SAMI siempre y cuando no existan períodos al descubierto mayores a 30 días naturales siempre y cuando se presente la caratula de la póliza de la última vigencia para verificar la antigüedad.

Los demás términos y condiciones de este Contrato de Seguro, no sufren modificación alguna.

“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 25 de octubre de 2024, con el número CNSF-S0106-0386-2024/CONDUSEF-006623-01.”