





Sí  No

Nombre(s) y apellidos: \_\_\_\_\_

### 2.1 Datos adicionales del Contratante

¿ Cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos?

Sí  No

En caso de responder "No", favor de indicar los datos de las personas físicas que ejercen el control (aquellos que posean, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% de la composición accionaria). En caso de que no exista persona con dichos porcentajes, indicar los datos del director general o del administrador único:

Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Fecha de Nacimiento	% de participación o tipo de figura controladora (por ejemplo, director general)

Llenar los siguientes datos en caso de ser extranjero, ser Ciudadano o Residente fiscal en el extranjero:

Domicilio (Calle, número exterior, número interior, Ciudad, Estado, País, Código Postal): \_\_\_\_\_

NIF/TIN/SSN o equivalente:

País que lo asignó:

El Gobierno de su país podría celebrar un acuerdo para compartir información fiscal con las autoridades de otras jurisdicciones. A continuación, solicitaremos su residencia y número de identificación fiscal (si procede) y registraremos esta información en nuestras bases de datos, pero solamente revelaremos esta información a las autoridades fiscales pertinentes (certificadas u autorizadas para ello), siempre y cuando ésta sea requerida bajo la regulación de su país y convenio internacional adscrito con México. Si usted tiene alguna duda sobre cómo llenar las preguntas siguientes, se recomienda que hable con su asesor fiscal o jurídico.

1. ¿Tiene responsabilidad fiscal en otro(s) país(es) diferente(s) a México?

Sí

No

**Favor de tomar en cuenta:** Si usted es considerado ciudadano de los EEUU, cuenta con pasaporte norteamericano o tarjeta de residencia (Green Card), también será considerado residente para efectos fiscales en los EEUU, aun cuando viva fuera del territorio de los EEUU.

2. Si respondió "Sí" a la pregunta uno, por favor agregue en la tabla de abajo el(los) país(es) donde usted tiene responsabilidad fiscal, agregando también el NIF, TIN, SSN o equivalente, correspondiente. En caso de no contar con este, por favor proporcione la razón (opciones A, B o C) como se indica abajo.

A. El país donde el contratante tiene obligaciones fiscales no emite NIF, TIN, SSN o equivalente a sus residentes.

B. El contratante no tiene posibilidad de obtener el NIF, TIN, SSN o equivalente (por favor, explique por qué no le es posible obtener dicho número en la tabla de abajo).

C. Seleccione esta opción si las autoridades del país donde tiene obligaciones fiscales por regulación local no requieren que el NIF, TIN, SSN o equivalente sea revelado.

País(es) donde tiene responsabilidad fiscal	NIF, TIN, SSN o equivalente	Si el NIF, TIN, SSN o equivalente no está disponible, seleccione la opción A, B, o C.
		Razón: <input type="checkbox"/> A
		<input type="checkbox"/> B
		<input type="checkbox"/> C
		Razón: <input type="checkbox"/> A

			<input type="checkbox"/> B
			<input type="checkbox"/> C
		Razón:	<input type="checkbox"/> A
			<input type="checkbox"/> B
			<input type="checkbox"/> C

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos plasmados en el presente documento son ciertos; así mismo, manifiesto que Prudential Seguros México, S.A. de C.V. hace de mi conocimiento que los datos contenidos en el presente formato tienen la intención de dar cumplimiento a las obligaciones a las que Seguros está sujeta, derivado de los acuerdos contraídos por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) con las autoridades extranjeras, así como los acuerdos internacionales de intercambio de información a que los Estados Unidos Mexicanos está sujeto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

### 1.1 Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Moral

Denominación o razón social:

Nombre Completo del Representante Legal:

Régimen Capital:

Tipo de Identificación:

Número de Identificación:

Vigencia (dd/mm/aaaa):

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuge(s) o familiar(es) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge), desempeña o han desempeñado (en los últimos 12 meses), alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero?

Sí       No

Nombre(s) y apellidos: \_\_\_\_\_

### 2. Información del seguro a contratar

**EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. El producto que se puede contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus condiciones generales disponibles en cualquier momento en nuestra página:**  
[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

Moneda       Moneda Nacional

Frecuencia de Pago:

Anual       Semestral       Trimestral  
 Mensual

Descripción de las coberturas	Suma Asegurada
( ) Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas A ( ) Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas B	100,000.00 (cien mil pesos 00/100 M.N.)

### 3. Designación de Beneficiarios

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

La representación legal de los menores corresponde:

a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y a falta de ellos, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso.

b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad o incapacidad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

Número de Beneficiario	Nombre Completo del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad	Irrevocable
1				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Beneficiario	Parentesco o relación con el solicitante	% <sup>(1)</sup>	¿Domicilio igual al solicitante? En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)	
1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<sup>(1)</sup>Los porcentajes de participación de los Beneficiarios deben sumar 100%.

#### PARA SER LLENADO POR EL CONTRATANTE/SOLICITANTE

Favor de utilizar la siguiente sección si desea aclarar o ampliar alguna información.

---



---



---

#### 4. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente en caso de intermediación con agente independiente de seguros)

Lugar donde se llevó a cabo la entrevista:  Casa  Oficina  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Se presentó algún contratiempo en el proceso de identificación del cliente?  Sí  No

Describe el contratiempo \_\_\_\_\_

¿Desea manifestar algún hecho respecto al Contratante/Solicitante?

---



---



---

Agente	Nombre de Agente	Clave de Agente	%
Agente de seguros 1			
Agente de seguros 2			

	Tipo de Autorización	Número de Cédula o autorización	Fecha de fin de Vigencia de Cédula	Domicilio donde se realizan las actividades (calle, número, colonia código postal, alcaldía/municipio y estado)
Agente de Seguros 1				
Agente de Seguros 2				

En caso de que se trate de agente persona moral, señalar la denominación/razón social de la persona moral que representen: \_\_\_\_\_

#### 5. Datos de cobro

Razón, denominación social o nombre(s) y apellidos del Tarjetahabiente y/o Cuentahabiente:

---



---

Por medio de la presente, solicito y autorizo a la (a las) Institución(es) emisora(s) de la(s) tarjeta(s) o cuenta(s) antes mencionada(s), o aquella institución afiliada a VISA, Master Card y/o a American Express, para que permita a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. efectuar los cargos necesarios generados por el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) de la póliza que se emita de acuerdo con el plan de pago correspondiente, para que sea(n) abonada(s) en la cuenta que Prudential Seguros México, S.A. de C.V. indique.

El estado de cuenta en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto Prudential Seguros México, S.A. de C.V. no emita el recibo correspondiente.

El cargo correspondiente al seguro contratado se podrá realizar desde el inicio de vigencia de la póliza hasta la fecha límite de pago, de acuerdo con el plan de pago contratado; por lo que es mi obligación contar, durante ese período, con los fondos suficientes para llevar a cabo el cargo.

En caso de que por cualquier causa la tarjeta de crédito o la cuenta bancaria de depósito no cuente con saldo suficiente o se encuentre cancelada, de conformidad con las disposiciones del contrato de apertura de crédito y/o cuenta de depósito o que por cualquier causa dicho(s) contrato(s) deje(n) de estar en vigor, Prudential Seguros México, S.A. de C.V. dejará de realizar el cargo, en cuyo caso me obligo a cubrir mediante la referencia bancaria indicada por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. el (los) importe(s) de la(s) prima(s) correspondiente(s).

Esta autorización estará vigente mientras no sea revocada por mí, mediante el escrito dirigido a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con por lo menos 30 días de anticipación a la fecha en que se pretenda surta efectos la revocación. En caso de robo o extravío de la tarjeta de crédito o de cancelación de la cuenta de débito o de cheques me obligo a hacer el pago de la(s) prima(s) correspondiente(s) mediante la referencia bancaria indicada por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., hasta en tanto el banco entregue la reposición de la citada tarjeta de crédito o la nueva cuenta de débito o cheques, obligándome a solicitar nuevamente a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., el servicio de cargo automático una vez que el banco correspondiente me entregue la referida reposición.

El cese de efectos del contrato por falta de pago de primas operará si por causas no imputables a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., no se puede realizar el cargo.

---

### Firma del Cuentahabiente y/o Tarjetahabiente

#### 5.1 Otras formas de pago

En caso de no domiciliar su pago, usted podrá liquidar su prima de acuerdo con el periodo elegido en los siguientes bancos: BBVA, Banamex, HSBC y Banco del Bajío. Le recomendamos efectuar su pago dentro del término máximo indicado en la sección "9. Datos de cobro", de lo contrario la póliza cesará sus efectos, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

#### 6. Declaraciones del Contratante y del Solicitante

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado y que llegue a proporcionar en relación con el seguro que se solicita mediante la presente, son y serán verídicos y auténticos, por lo que autorizo a que ellos sean corroborados.

Declaro que el origen y procedencia de los recursos con que por cuenta propia habré de operar u opero o con los que habrá de operar u opera mi representada respecto del seguro que se solicita son de mi propiedad o de la de mi representada y proceden de actividades lícitas.

Manifiesto que terceros no utilizarán recursos provenientes de actividades ilícitas para operar en los productos, cuentas, contratos o servicios donde actúo y opero o donde actúa y opera mi representada y también manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas, por lo que asumo, por cuenta propia y por cuenta de mi representada, cualquier responsabilidad que se genere por actuar ante esa institución en contravención a lo dispuesto en este documento y/o en el seguro que se emita en relación con esta solicitud.

Declaro que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo y entendiendo su contenido, a través de la presente solicitud de seguro, otorgo mi consentimiento expreso para que mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, sean tratados y en su caso transferidos conforme se

---

---

establece en el Aviso de Privacidad anteriormente citado.

Asimismo, en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros Titulares, me obligo a hacer del conocimiento de esos Titulares que he proporcionado tales datos a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. y a hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

En este acto autorizo a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., para que en caso de que así lo decida esa aseguradora, solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que haya(n) atendido o que atienda(n) en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre mi(la(s)) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que, en su caso, extenderá Prudential Seguros México, S.A. de C.V., y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Asimismo, confirmo que he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación con las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato. Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. toda la información que se requiera, tales como resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro.

En relación con lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información. Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original. Manifiesto que el Agente de Seguros me ha informado, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura, incluyendo expresamente la forma de conservarla o darla por terminada en términos de los planes y tarifas registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo amparado que he solicitado y que carece de facultades para representar a la compañía de seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas. Asimismo, manifiesto que mediante entrevista personal, me fueron recabados los datos y documentos de identificación que quedaron debidamente asentados en la presente solicitud.

---

#### 7. Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., a utilizar mi información con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad.

En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:  Correo  SMS  Teléfono  Todas las anteriores

Sí  No

---

Firma del Contratante

---

Firma del Solicitante

---

#### 8. Consentimiento para entrega de Documentación Contractual

Para el caso de que la presente solicitud sea aceptada, 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 en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico: \_\_\_\_\_.

SÍ ACEPTO: \_\_\_\_\_ NO ACEPTO: \_\_\_\_\_

---

---

Nombre y Firma del Solicitante

**IMPORTANTE: No entregue pago de primas en efectivo, por su seguridad y la de su Agente, Prudential Seguros México, S.A. de C.V., no recibe este tipo de pagos y su Agente no puede recibirle efectivo ni depósitos a sus cuentas personales.**

Acepto los términos de la presente solicitud

---

**Firma del Contratante**

**Nombre:**

**Lugar:**

**Fecha (dd/mm/aaaa):**

---

**Firma del Solicitante**

**Nombre:**

**Lugar:**

**Fecha (dd/mm/aaaa):**

---

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](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) y/o teléfono de atención (55) 11 03-70 00. 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](mailto: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 viernes de 8:00 a 17:00 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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://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 07 de febrero de 2025 con el número CNSF-S0106-0356-2024/CONDUSEF-006596-02”.***

DATOS DE LA PÓLIZA		
Número de póliza	Fecha de emisión	Moneda
Forma de pago	Fecha de inicio de vigencia: Desde las 12:00 horas del día de mes de año	Fecha de fin de vigencia: Hasta las 12:00 horas del día de mes de año

DATOS DEL CONTRATANTE		
Nombre o Razón Social	RFC	CURP
Domicilio (Calle, Número)	Colonia	
Municipio o Alcaldía	Estado	Código Postal

DATOS DEL ASEGURADO		
Nombre o Razón Social	RFC	CURP
Fecha de Nacimiento	Edad	Género
Domicilio (Calle, Número)	Colonia	
Municipio o Alcaldía	Estado	Código Postal

COBERTURAS AMPARADAS	
Nombre de la Cobertura	Suma Asegurada

Prima Neta Anual	I.V.A	Derecho de Póliza	Recargo por pago fraccionado	Prima Total

**BENEFICIARIOS**

**ADVERTENCIA:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Número de Beneficiario	Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Parentesco o relación con el solicitante	Porcentaje
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**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 nuestros Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>.

**DE INTERÉS PARA EL CONTRATANTE**

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 (Art.25 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

**Le recordamos que el producto 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](http://www.prudentialseguros.com.mx).**

**UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES (UNE):**

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: [atencionaclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionaclientes.mex@prudential.com) y/o teléfono de atención (55) 11 03-70 00. 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](mailto: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 viernes de 8:00 a 17:00 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](http://www.condusef.gob.mx).

#### DATOS DE LA CONDUSEF

Av. Insurgentes Sur # 762, planta baja, Col. Del Valle, Alc. Benito Juárez, C.P.03100, México, Cd. de México  
Correo Electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx),  
Página web: <http://www.condusef.gob.mx>  
Teléfonos: 800 999 8080 o 55 5340 0999

Fecha de Emisión	Firma de Funcionario

*“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 a partir del día 07 de febrero de 2025 con el número CNSF-S0106-0356-2024/CONDUSEF-006596-02”.*

---

**Condiciones Generales**  
**“Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas”**

Muestra sin valor

## ÍNDICE

CONCEPTO	PÁGINA
<b>1. DEFINICIONES</b> .....	<b>1</b>
1.1 ACCIDENTE.....	1
1.2 ASEGURADO.....	1
1.3 BENEFICIARIO .....	1
1.4 CONTRATANTE.....	1
1.5 CULPA GRAVE .....	1
1.6 ENDOSO.....	1
1.7 EXCLUSIONES.....	1
1.8 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA .....	1
1.9 LEY.....	2
1.10 MUERTE ACCIDENTAL .....	2
1.11 PÉRDIDAS ORGÁNICAS .....	2
1.12 PERIODO DE ESPERA .....	2
1.13 PÓLIZA .....	2
1.14 PRIMA.....	2
1.15 SINIESTRO.....	3
1.16 SUMA ASEGURADA.....	3
1.17 VIGENCIA .....	3
<b>2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS</b> .....	<b>3</b>
2.1 COBERTURA BÁSICA POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS .....	3
2.1.1 MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS .....	3
2.1.2 PÉRDIDAS ORGÁNICAS .....	3
<b>3. EXCLUSIONES</b> .....	<b>6</b>
<b>4. CLÁUSULAS GENERALES</b> .....	<b>6</b>
4.1 COMUNICACIONES.....	6
4.2 MODIFICACIONES .....	6
4.3 PRIMAS .....	7
4.4 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	7
4.5 TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA .....	8
4.6 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES .....	8
4.7 EDAD DE ACEPTACIÓN .....	9
4.8 AVISO DEL SINIESTRO .....	9
4.9 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO .....	10
4.10 PAGO DEL SINIESTRO.....	10
4.11 INDEMNIZACIÓN POR MORA.....	10
4.12 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO .....	10
4.13 PRESCRIPCIÓN .....	11
4.14 COMPETENCIA .....	11
4.15 MONEDA.....	12
4.16 CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	12
4.17 AGRAVACIÓN DEL RIESGO .....	12
4.18 IMPUESTO .....	13
4.19 INTERMEDIACIÓN.....	13
4.20 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL .....	13
4.21 ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE E CONTRATO DE SEGURO.....	14
4.22 ARBITRAJE .....	14

---

4.23	RENOVACION AUTOMATICA.....	14
4.24	FRAUDE, DOLO O MALA FE .....	15

Muestra sin valor

**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 de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por él mismo y/o el CONTRATANTE en la solicitud de seguro y cuestionario correspondientes. 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 manifiestan por contusiones o heridas visibles, o bien, lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

### **1.2 Asegurado**

Es aquella persona física que se encuentra amparada conforme a la coberturas contratada y de acuerdo con lo expresamente señalado en la Carátula de la Póliza.

### **1.3 Beneficiario**

Aquella persona que por designación del Asegurado o por disposición legal, tiene derecho a recibir el beneficio contratado, o su proporción correspondiente, de aquellas Coberturas en las que, con el carácter de Beneficiario, se le ha designado.

### **1.4 Contratante**

Es la persona física o moral que suscribe con la Compañía la Póliza y que es responsable ante ésta de pagar la Prima señalada en la Carátula de la Póliza; así como del cumplimiento de las demás obligaciones de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de seguro.

### **1.5 Culpa Grave**

Falta de la conducta o diligencia necesaria para prever y evitar el daño. Se manifiesta a través de la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes.

### **1.6 Endoso**

Es el documento emitido por la Compañía, previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), que forma parte de esta Póliza y que modifica, aclara, adiciona o deja sin efecto, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato de Seguro, así como cualquier información que afecte a este.

### **1.7 Exclusiones**

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas bajo las condiciones que aplican.

### **1.8 Fecha de inicio de vigencia**

Es la fecha en que da inicio el período de protección de la cobertura contratada, estipulada en la Carátula de la Póliza.

## **1.9 Ley**

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## **1.10 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 de que sucedió el Accidente, siempre y cuando el fallecimiento sea consecuencia directa de las lesiones originadas por dicho Accidente.

## **1.11 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 o un pie, conjuntamente con un ojo.
- La pérdida de una mano o un pie.
- La pérdida de la vista de un ojo.

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 los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

## **1.12 Póliza**

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las condiciones generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, los Cuestionarios y declaraciones adicionales; así como los Endosos, los Recibos de Pago los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y/o Asegurado y la Compañía y donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

## **1.13 Prima**

Es la cantidad determinada por la Compañía, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por la cobertura de seguro contratadas y que se establece en la Carátula de la Póliza. Esta Prima podrá incluir extraprimsas y/o cualquier otro importe al que el Contratante tenga obligación.

## **1.14 Siniestro**

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

## **1.15 Suma Asegurada**

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

## **1.16 Vigencia**

Es el periodo durante el cual el Asegurado tendrá la protección de la cobertura contratada, la cual se encuentra señalada en la carátula de la Póliza .

## 2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

Este producto considera las coberturas que a continuación se describen, en el entendido que cada una tendrá una Prima y un límite de responsabilidad y deberán estar contratadas e indicadas en la Carátula de la Póliza o mediante especificación anexa a la carátula de la Póliza.

### 2.1 Cobertura básica por muerte accidental y pérdidas orgánicas

#### 2.1.1 Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas

La Compañía pagará al (a los) Beneficiario(s) la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, si el Asegurado sufre una Muerte Accidental durante el plazo de esta cobertura señalado en la carátula de la Póliza o en los Endosos vigentes.

Si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado durante el periodo de Vigencia de esta póliza, y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente sobreviniese su muerte, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada especificada en la carátula de esta Póliza.

El monto total que ampara esta cobertura se establece en la carátula de la Póliza, en el entendido de que, al ocurrir más de una Pérdida Orgánica de acuerdo con las definiciones de la cláusula “**2.1.2 Pérdidas Orgánicas**” o al ocurrir la Muerte Accidental, solamente se pagará hasta el 100 % de la Suma Asegurada contratada.

#### 2.1.2 Pérdidas Orgánicas

Si el Asegurado sufre una Pérdida Orgánica, de acuerdo con la escala indemnizatoria contratada “A” o “B”, a consecuencia de un Accidente durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía le pagará una indemnización igual a la que resulte de aplicar el porcentaje, que indique la tabla indemnizatoria, por la Suma Asegurada contratada y establecida en la Carátula de la Póliza o en los Endosos vigentes para esta Cobertura:

Cuando sean varias las Pérdidas Orgánicas ocurridas durante la Vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta por la cantidad correspondiente, que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de Pérdidas Orgánicas, la Compañía realizará la indemnización correspondiente y cancelará esta cobertura a los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del Accidente. Una vez transcurrido el plazo señalado y, en caso de que el pago de la indemnización correspondiente no agote la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, la Compañía devolverá al Contratante o al Asegurado, un porcentaje de la reserva matemática de esta cobertura.

Dicho porcentaje será el equivalente a la proporción de Suma Asegurada no agotada respecto de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

La tabla de indemnización para Pérdidas Orgánicas escala “A” será la siguiente:

Por la pérdida de:	Indemnización
Muerte accidental	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos.	100%
Una mano y un pie.	100%
Una mano o un pie, en conjunto con un ojo.	100%
Una mano o un pie.	50%
La vista de un ojo.	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Se entiende por pérdida de la mano la mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la 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; por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la vista; por pérdida del pulgar o índice, la separación de dos falanges completas en cada dedo

La tabla de indemnización para Pérdidas Orgánicas escala "B" será la siguiente:

Por la pérdida de:	Indemnización
Muerte accidental	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos.	100%
Una mano y un pie.	100%
Una mano o un pie, en conjunto con un ojo.	100%
Una mano o un pie.	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%
Un pie	50%
La vista de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Sordera completa de los oídos	25%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm	15%

Se entenderá por pérdida de las manos o de los pies, la mutilación o anquilosis total de estos órganos, en cuanto a los ojos la pérdida completa e irreparable de la vista; por lo que se refiere a los dedos la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma.

El plazo de esta cobertura, tanto para el periodo de protección como para el de pago de primas, está limitado a la edad alcanzada de 65 años.

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

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado;
- Al agotarse la suma asegurada para esta cobertura derivada de una o más pérdidas orgánicas que sufre el Asegurado. Si el Asegurado sobrevive al término del plazo de la Cobertura o no sufre una pérdida orgánica durante dicho plazo, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía
- Al final de la vigencia una vez que el Asegurado haya cumplido la edad máxima de cobertura;
- Cuando el Contratante y/o Asegurado solicite la cancelación de esta Cobertura.

**Información necesaria en caso de Fallecimiento por muerte accidental:**

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por cada uno de los Beneficiarios (proporcionado por la COMPAÑÍA).
- b) Copia certificada del acta de defunción.
- c) Identificación oficial vigente del ASEGURADO (si se tuviera) y de los Beneficiarios
  - i. Credencial para votar
  - ii. Pasaporte
  - iii. Cédula Profesional
  - iv. Cartilla del Servicio Militar Nacional

- v. Tarjeta Única de Identidad Militar
- vi. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- vii. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- viii. Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales
- d) Certificado Médico de Defunción o declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado su fallecimiento.
- e) En su caso, copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento del Asegurado.

**El Asegurado deberá presentar la siguiente información en caso de reclamación por Pérdidas Orgánicas:**

- a) Historial Clínico del Asegurado, este documento deberá ser elaborado y firmado por el médico tratante, contener su número de cédula profesional y especialidad. En caso de no contar con dicho documento, se podrá entregar el formato "Declaración del Médico Tratante para trámite de un siniestro".
- b) Radiografías y su interpretación sobre la Pérdida Orgánica/estudios realizados para comprobación de la pérdida de la vista o la pérdida auditiva.
- c) En caso de haber intervenido alguna autoridad oficial, el expediente de investigación completo emitido por el Ministerio Público.

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

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

### **3. EXCLUSIONES**

**No es objeto de la presente póliza las muertes originadas por lo siguiente:**

- **Lesiones auto infligidas por el ASEGURADO.**
- **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- **Accidentes que ocurran al participar el ASEGURADO en: pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- **Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades profesionales de paracaidismo, buceo o alpinismo.**
- **Accidentes ocurridos por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico autorizado para tales efectos.**
- **Por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o**

- **psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- **Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.**
- **Homicidio del ASEGURADO, cuando éste se encuentre participando directamente en actos delictivos.**

#### **4. CLÁUSULAS GENERALES**

##### **4.1 Comunicaciones**

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

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

##### **4.2 Modificaciones**

En términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), toda modificación al presente Contrato deberá constar por escrito mediante Cláusulas o Endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán estar firmados por el funcionario autorizado de la Compañía, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

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

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

##### **4.3 Primas**

La prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro, el cual es anual.

La prima podrá ser pagada en una sola exhibición o el Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima, en cuyo caso las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo. En el supuesto de pago de prima fraccionada, se aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado.

La Compañía podrá reclamar a los Asegurados el pago de las primas cuando el Contratante que

obtuvo esta póliza resulte insolvente.

Salvo pacto en contrario, el Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; en caso de no ser cubierta la prima dentro del plazo estipulado, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

Durante el periodo de gracia, la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, en caso de siniestro, la Compañía podrá reducir de la indemnización que proceda, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuentas de fondos de pago electrónico y periodicidad que el Contratante haya seleccionado. En el supuesto de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima correspondiente en las cuentas que la Compañía le indique o los métodos disponibles para el pago de la prima 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 señalado en esta cláusula.

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.

#### **4.4 Terminación de la Póliza**

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

- a) Término del plazo de Vigencia de todas las Coberturas contratadas.
- b) Cuando el Contratante y/o Asegurado solicite la cancelación de la Póliza.
- c) Fallecimiento del Asegurado.
- d) Si la Póliza cuenta con Período de Gracia, la terminación, será al término de dicho período si no se recibe el pago.
- e) Al aniversario Póliza en la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

#### **4.5 Terminación Anticipada de la Póliza**

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante conforme a lo siguiente:

El Contratante deberá solicitarlo mediante escrito entregado en el domicilio de la Compañía o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta póliza no será renovada o de que la misma se dará por terminada a partir del momento en que se emita dicho acuse.

La Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al Contratante dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes contados a partir de la recepción de la solicitud de terminación, la prima total por el tiempo de vigencia no transcurrido, menos los gastos de expedición y el correspondiente Impuesto al Valor Agregado.

#### **4.6 Omisiones o Inexactas Declaraciones**

**El Contratante y el Asegurado, al formular la propuesta del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato.**

**La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aún y cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro (Artículos 8°, 9°, 10 y 47 de la Ley).**

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

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

#### **4.7 Edad de Aceptación**

Para efectos de este Contrato se considera como edad real del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

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

La edad mínima de contratación para la Cobertura es de 18 años.

La edad máxima de contratación para la Cobertura es de 64 años.

La edad máxima de renovación para la Cobertura es de 64 años.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por fallecimiento del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la Compañía, en este caso, rescindirá el Contrato y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la COMPAÑÍA se atenderá a lo siguiente:

- f) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

- g) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- h) Si la edad real es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado, en el momento de la celebración del Contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- i) Cuando con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

#### **4.8 Aviso del siniestro**

El Asegurado y/o Beneficiario deberán notificar a la Compañía de la realización del Siniestro dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo; salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso, el Asegurado y/o Beneficiario deberán notificar a la Compañía tan pronto como cese dicho caso fortuito o fuerza mayor. Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 66 y Artículo 76 de la Ley.

#### **4.9 Comprobación del siniestro**

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

#### **4.10 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.

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

#### **4.11 Indemnización por Mora**

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

#### **4.12 Designación de Beneficiario**

Con respecto a la Cobertura Básica, el Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre y porcentaje de participación del nuevo Beneficiario. La Compañía notificará al Asegurado de este cambio a través de un Endoso. La Compañía pagará el importe del seguro a los últimos Beneficiarios de que haya tenido conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al

Beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el Artículo 165 de la Ley.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente.

#### **ADVERTENCIA:**

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

**Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse a tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.**

**La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.**

#### **4.13 Prescripción**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

#### **4.14 Competencia**

En caso de tener alguna controversia, el quejoso, a su elección, puede presentar su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. al teléfono (55) 1103-7000 o por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com) o en cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUDEF), en los términos de los Artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, o bien, podrá presentar una demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, lo que deberá hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer sus pretensiones.

En caso de que decida presentar su reclamación ante la CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

Teléfono: (55) 1103-7000

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

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

Correo: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com)

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

Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México.

Dirección de internet: [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el territorio nacional: 800 999 8080

**4.15 Moneda**

Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del Contratante a la Compañía, o de ésta al Contratante, deberán efectuarse en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

**4.16 Carencia de Restricciones**

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

**4.17 Agravación del Riesgo**

**De conformidad con lo previsto en el Artículo 52 de la Ley, el Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tengan su(s) riesgo(s) durante la Vigencia de esta Póliza, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca, a través de un escrito libre indicando además del nombre completo del Asegurado, fecha del escrito, firma autógrafa y número de Póliza. Si el Asegurado omite o provoca alguna agravación esencial del riesgo, las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro.**

**Entendiéndose por agravación cuando se produce un nuevo estado de las cosas, distinto al que existía al momento de celebrarse el contrato, y que de haber sido conocido por la Compañía, ésta no habría aceptado el contrato sino estableciendo condiciones distintas.**

**No obstante, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo**

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

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

#### **4.18 Impuesto**

El impuesto que como consecuencia de la legislación fiscal se derive de este seguro, correrá a cargo del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s) designado(s), según corresponda; la Compañía únicamente retendrá aquellas cantidades que en su caso se establezcan en la legislación fiscal que se encuentre en vigor al momento de efectuar el pago por los diferentes conceptos que se deriven del presente Contrato.

#### **4.19 Intermediación**

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

#### **4.20 Entrega de documentación contractual**

La Compañía entregará por escrito al Contratante o al Asegurado la documentación contractual de la Póliza, Póliza y Condiciones Generales dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del seguro al Contratante y al Asegurado, para tal efecto se remitirá la documentación contractual al domicilio del Contratante o Asegurado, o por medio de correo electrónico que hayan brindado o lleguen a brindar. La entrega por correo electrónico se hará en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, previo

consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante o Asegurado.

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

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

#### **4.21 Artículo 25 de la Ley Sobre e 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.

#### **4.22 Arbitraje**

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de la preexistencia de la enfermedad y/o padecimiento, el Asegurado podrá acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser Perito Médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán 2 (dos), uno por cada parte.

Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser Perito Médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes. Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciera cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciera falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento del Asegurado o Beneficiario mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de la Compañía.

Si el Asegurado optó por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a ellos no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de una Enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la preexistencia o no de la Enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

#### **4.23 Renovación Automática**

Una vez vencido el periodo de Cobertura marcado en la Carátula de la Póliza, esta Cobertura se

renovará automáticamente, por periodos sucesivos de igual duración al periodo inicial, salvo notificación en contrario del Contratante y/o Asegurado comunicada con una anticipación no menor a los 30 (treinta) días de la Fecha de Vencimiento de la misma.

La renovación se otorgará y estará, sujeta a las siguientes condiciones:

1. Si la Suma Asegurada al inicio de cada renovación coincide con la vigente en el periodo anterior no se deberán cubrir nuevos requisitos de asegurabilidad. En caso que, el Contratante y/o Asegurado solicite un incremento de Suma Asegurada, éste deberá ser aprobado por la Compañía y se deberán cumplir los requisitos de asegurabilidad vigentes.
2. Las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el Asegurado al inicio de cada renovación, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación.
3. En cada renovación automática, la Compañía hará constar mediante Endoso la Suma Asegurada, fecha de inicio de Vigencia de la renovación, plazo de la Cobertura, plazo de pago de Primas, así como la Prima correspondiente.

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

1. La edad alcanzada del Asegurado no rebase la edad máxima de renovación de la Cobertura;
2. El Asegurado no haya sido indemnizado por alguna de las coberturas contratadas.
3. El Contratante haya pagado la totalidad de las primas correspondientes a la vigencia previa a la renovación, conforme al plazo de pago de primas indicado en la carátula de la póliza o Cancelación de la cobertura.

#### **4.24 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.**

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](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) y/o teléfono de atención (55) 11 03-70 00. 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](mailto: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 viernes de 8:00 a 17:00 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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).

*Para consulta de abreviaturas de uso no común de los productos de esta Compañía, visite [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx), para tener acceso al Glosario.*

*Para consultar las disposiciones legales citadas en las presentes condiciones generales acceda a través de la siguiente ruta en nuestra página electrónica de Internet: <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/condiciones/Glosario>*

\_CG\_1.pdf

*“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 07 de febrero de 2025 con el número CNSF-S0106-0356-2024/CONDUSEF-006596-02”.*

Muestra sin valor



## **FOLLETO DE LOS DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES**

**Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:**

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados a los que se refiere el artículo 102 y 103 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
4. Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

**Durante nuestra atención en el siniestro el Beneficiario del seguro tiene los siguientes derechos:**

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre el siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable del ajustador sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención a Clientes en el correo electrónico: \_\_\_\_\_

*“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 a partir del día 07 de febrero de 2025 con el número CNSF-S0106-0356-2024/CONDUSEF-006596-02”.*

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Número de Póliza

Inicio de vigencia de la póliza

Fin de vigencia de la póliza

Nombre del Contratante y/o Asegurado:

A través del presente endoso, Prudential Seguros México, S.A. de C.V., hace constar que se modifican las condiciones particulares de la Póliza y/o Certificado, cuyos datos arriba aparecen, a partir del: \_\_\_\_\_, de acuerdo con lo siguiente:

**Transcripción del 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 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”.

Fecha de Emisión	Firma de Funcionario autorizado

*“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 a partir del día 07 de febrero de 2025 con el número CNSF-S0106-0356-2024/CONDUSEF-006596-02”.*

---

## CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL VÍA CORREO ELECTRÓNICO

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante

*“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 a partir del día 07 de febrero de 2025 con el número CNSF-S0106-0356-2024/CONDUSEF-006596-02”.*

## Formato de Designación, Sustitución y/o Revocación de Beneficiarios

A través de la presente, el Asegurado designa, sustituye y/o revoca ante Prudential Seguros México, S.A. de C.V., a su(s) Beneficiario(s) conforme a lo siguiente:

<b>Nombre del Asegurado:</b>	
<b>Número de Póliza:</b>	<b>Vigencia:</b>

Beneficiario(s) a quedar sobre la Póliza:

Nombre completo del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje	¿Es irrevocable? Sí o No
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			

El Asegurado deberá anexar copia de su identificación, así como del (de los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) Beneficiario(s).

**“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.”**

La presente designación, sustitución y/o revocación se hace al día: \_\_\_\_\_, por lo que se deja sin efectos cualquier otra anterior.

_____ Nombre y firma del Asegurado	Firma(s) de los beneficiarios irrevocables:  _____ Nombre
---------------------------------------	--

*“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 a partir del día 07 de febrero de 2025 con el número CNSF-S0106-0356-2024/CONDUSEF-006596-02”.*