

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

SOLICITUD	
Número de solicitud:	Fecha de solicitud (dd/mm/aaa):

¿El Contratante es distinto al Solicitante? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo llenar el apartado “2. Datos generales del Contratante”, de esta Solicitud.

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s):

Régimen fiscal: ☐ Persona física ☐ Persona moral

Género: ☐ F ☐ M

Fecha de nacimiento
(dd/mm/aaaa):

Nacionalidad:

CURP:

RFC (con Homoclave):

☐ Estoy de acuerdo que si no cuento con un RFC activo ante el SAT, la factura/recibo se tendrá que generar con un RFC genérico, de conformidad con la normatividad aplicable vigente.

e.firma (Si cuenta con ella):

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:

☐ Residente Permanente ☐ Residente Temporal ☐ Visitante ☐ Otra: _____

Domicilio de Residencia:

Calle:

Número (exterior e interior):

Colonia:

Alcaldía / Municipio:



Estado:	Código Postal:	
Teléfono casa:	Teléfono trabajo o celular:	Correo Electrónico:
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio (describa a detalle sus labores actuales):		

¿Desempeña o han desempeñado (en los últimos 12 meses) usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o bien en el caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto directivo o miembro del consejo de administración, desempeña o ha desempeñado alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero?

☐ Sí ☐ No

Nombre(s) y apellidos:

2. Datos generales del Contratante

Llenar sólo en caso de que sea distinto al Solicitante.

Tipo de Persona: ☐ Física ☐ Moral

Relación con el solicitante (especifique):

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s):

Régimen fiscal: ☐ Persona física ☐ Persona moral

Género: ☐ F ☐ M

Fecha de nacimiento
(dd/mm/aaaa):

Nacionalidad:

CURP:

RFC (con Homoclave):

☐ Estoy de acuerdo que si no cuento con un RFC activo ante el SAT, la factura/recibo se tendrá que generar con un RFC genérico, de conformidad con la normatividad aplicable vigente.

e.firma (Si cuenta con ella):

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:

☐ Residente Permanente ☐ Residente Temporal ☐ Visitante ☐ Otra:

Domicilio de Residencia

Calle:

Número (exterior e interior):

Colonia:

Alcaldía / Municipio:

Estado:

Código Postal:

Teléfono casa:

Teléfono trabajo:

Correo Electrónico:

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio (describa a detalle sus labores actuales):

¿Desempeña o han desempeñado (en los últimos 12 meses) usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o bien en el caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto directivo o miembro del consejo de administración, desempeña o ha desempeñado alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero?

☐ 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:	☐ A
			☐ B
			☐ C
		Razón:	☐ A
			☐ B
			☐ C

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):
-------------------------	---------------------------	------------------------

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.prudentialeseguros.com.mx

Moneda: Moneda Nacional	Frecuencia de Pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual
-------------------------	--

*La frecuencia de cobro para el pago de la prima durante la vigencia de la póliza es independiente de cualquier esquema de pago o promoción bancaria disponible.

Término máximo para el pago de prima anual o fracción correspondiente en caso de pago fraccionado: 30 días.

COBERTURA	Suma Asegurada (deseada)
-----------	--------------------------

Cobertura Temporal para Hospitalización

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				☐ Sí ☐ No
2				☐ Sí ☐ No
3				☐ Sí ☐ No
4				☐ Sí ☐ No
5				☐ Sí ☐ No
6				☐ Sí ☐ No

Número de Beneficiario	Parentesco o relación con el solicitante	% (1)	¿Domicilio igual al solicitante? En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)
1			☐ Sí ☐ No
2			☐ Sí ☐ No
3			☐ Sí ☐ No
4			☐ Sí

		☐ No
5		☐ Sí ☐ No

⁽¹⁾Los porcentajes de participación de los Beneficiarios deben sumar 100%.

4. Cuestionario de Salud

Por favor responder las respuestas de forma completa, en caso de las preguntas "sí y no" en caso de no responder alguna su respuesta se entenderá como "no".

1. Peso y Estatura: _____ kilogramos _____ metros	
2. ¿Ha fumado durante los últimos 2 años?	☐ Sí ☐ No Clase (pipa, puro y/o cigarrillo) _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (diario, semana, mes o año)
3. ¿Consume bebidas que tienen alcohol?	☐ Sí ☐ No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (diario, semana, mes o año)
4. ¿Padece actualmente o ha padecido alguna enfermedad congénita como cardiopatías congénitas, espina bífida y/o cualquier otra?	☐ Sí ☐ No En caso de "sí", llenar la información que abajo aparece.

Padecimiento:	Duración de la Enfermedad:
Tratamiento:	Secuelas:
Fecha de Diagnóstico:	Estado de Salud Actual:

Nombre completo del Médico que lo atendió, especialidad y teléfono

¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad o accidente no mencionada en este cuestionario?

PARA SER LLENADO POR EL CONTRATANTE/SOLICITANTE

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

5. 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?

Describe el contratiempo

¿Desea manifestar algún hecho respecto al Contratante/Solicitante?

	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:

Nombre del Cuentahabiente y/o Razón Social:

¿Desea domiciliar el pago de su prima? ☐ Sí ☐ No

El primer cobro se realizará una vez que la póliza se haya emitido y los subsiguientes quedarán programados a la fecha de vencimiento del recibo de acuerdo con la frecuencia de cobro seleccionado.

Indique más de un medio de cobro, mencionando cuál de estos debe ser utilizado en primero, segundo o tercer lugar, mediante los recuadros de prioridad. Anote los 16 dígitos de su tarjeta de crédito (Token) y/o débito y/o los 18 dígitos de la cuenta CLABE y/o 15 dígitos de American Express.

En caso de indicar más de un medio de cobro, se realizará el cobro en el orden en que sean especificados cuando uno sea rechazado; es decir, siempre se realizará el cargo al primer medio de pago indicado y en caso de que este sea rechazado, el subsecuente y así sucesivamente.

☐ T. Crédito ☐ T. Débito ☐ Cuenta CLABE Institución emisora

Número de tarjeta tokenizada (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

¿Aplica algún esquema de pago o promoción bancaria por el primer vencimiento del recibo?: _____

Válida hasta ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express Otro procesador de pago: Prioridad de la tarjeta ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ S/P☐ T. Crédito ☐ T. Débito ☐ Cuenta CLABE Institución emisora

Número de tarjeta tokenizada (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

 ¿Aplica algún esquema de pago o promoción bancaria por el primer vencimiento del recibo?: Válida hasta ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express Otro procesador de pago: Prioridad de la tarjeta ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ S/P☐ T. Crédito ☐ T. Débito ☐ Cuenta CLABE Institución emisora

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

 ¿Aplica algún esquema de pago o promoción bancaria por el primer vencimiento del recibo?: Válida hasta ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express Otro procesador de pago: Prioridad de la tarjeta ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ S/P

Término máximo para el pago de prima anual o fracción correspondiente en caso de pago fraccionado: 30 días.

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes de Prudential Seguros México, S.A. DE C.V.

El Responsable de los datos personales que usted proporciona es Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante "Prudential"), con domicilio Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348.

Le informamos que sus datos personales serán utilizados para 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 y su administración, así como la 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 y la realización de cualquier actividad complementaria, auxiliar y necesaria para la debida prestación de nuestros servicios y/o productos.

Usted puede conocer el Aviso de Privacidad Integral accediendo a la página https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-privacidad/AV_Simplificado_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf

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.

Así mismo, en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros Titulares, reconozco haber informado a dichos terceros sobre el uso de sus datos y haber obtenido de forma previa el consentimiento de estos últimos para que Prudential pueda tratarlos para las finalidades descritas en el Aviso de Privacidad 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.

7. 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 respecto del seguro que se solicita son de mi propiedad 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 y también manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas, por lo que asumo, por cuenta propia, 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.

Así mismo, 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.

Así mismo, 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. Así mismo, 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. Así mismo, manifiesto que mediante entrevista personal, me fueron recabados los datos y documentos de identificación que quedaron debidamente asentados en la presente solicitud.

Firma del Contratante**Nombre:****Lugar:****Fecha (dd/mm/aaaa):****Firma del Solicitante****Nombre:****Lugar:****Fecha (dd/mm/aaaa):****8. Lectura previa y entrega de condiciones generales**

Hago constar que previamente a esta solicitud la Compañía me otorgó las condiciones del contrato de adhesión de seguros, por lo que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que, en caso de aceptar el riesgo, extenderá Prudential Seguros México, S.A. de C.V., y expresamente declaro mi conformidad con tales condiciones generales.

Firma del Contratante**9. Consentimiento para proporcionar información**

☐ Sí ☐ No 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

Firma del Solicitante

☐ Sí ☐ No 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

Firma del Contratante**10. Consentimiento para entrega electrónica 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:_____.

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y firma del Solicitante

Nombre y firma del Contratante**Lugar** _____**Lugar** _____**Fecha** _____**Fecha** _____

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 tiene autorización ni facultades para recibir efectivo ni depósitos a sus cuentas personales.

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) 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 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 10 de febrero de 2025, con el número CNSF-S0106-0355-2024/CONDUSEF-006593-02.”

DATOS DE LA PÓLIZA		
Número de póliza	Fecha de emisión	Moneda Moneda nacional (Pesos Mexicanos)
Forma de pago	Fecha de inicio de vigencia: Desde las 12:00 horas del _ de _ de _	Fecha de fin de vigencia: Hasta las 12:00 horas del _ de _ de _

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

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

COBERTURA AMPARADA

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (denominada en adelante La Compañía), pagará las Sumas Aseguradas correspondientes a las Coberturas que abajo se indican de acuerdo y con sujeción a las condiciones generales y particulares registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas contenidas en esta póliza en testimonio de lo cual se expide la presente.

Cobertura	Suma Asegurada
Cobertura Temporal para Hospitalización	

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

“Advertencia: En este seguro de gastos médicos, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más

elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de este seguro podría representar un esfuerzo financiero importante.”

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).

LA PRESENTE PÓLIZA QUEDA SUJETA A LOS SIGUIENTES ANEXOS:

CONDICIONES GENERALES

FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS

ENDOSO DE BENEFICIARIOS

Nota: Si alguno de los anexos aquí mencionados no fuera adjunto, favor de exigirlo a su asesor o en cualquiera de nuestras oficinas. Le recomendamos que los lea detalladamente para que conozca el alcance de las coberturas, exclusiones y limitaciones de su póliza.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. La presente póliza contiene coberturas, restricciones y

exclusiones las cuales pueden ser consultadas en las condiciones generales que le fueron entregadas, así como en www.prudentialseguros.com.mx o en cualquiera de nuestras oficinas, le invitamos a consultarlas.

Término máximo para el pago de prima anual o fracción correspondiente en caso de pago fraccionado: 30 días naturales. **Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.**

ATENCIÓN A CLIENTES Y UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE):

IMPORTANTE: 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) 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 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 horas, viernes de 8:00 a 15:00 horas; 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.

Lugar y Fecha de Expedición: Ciudad de México, a ____ de ____ de ____

Prudential Seguros México, S.A. de C.V.
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 10 de febrero de 2025, con el número CNSF-S0106-0355-2024/CONDUSEF-006593-02.”

Condiciones Generales “Hospitalización”

CONCEPTO	ÍNDICE	PÁGINA
1.	DEFINICIONES	3
1.1	ACCIDENTE.....	3
1.2	ASEGURADO.....	3
1.3	BENEFICIARIO	3
1.4	CARÁTULA DE PÓLIZA	3
1.5	CONTRATANTE.....	3
1.6	COMPAÑÍA O ASEGURADORA	3
1.7	DEDUCIBLE.....	4
1.7.1	TIPOS DE DEDUCIBLE	4
1.8	ENDOSO.....	4
1.9	ENFERMEDAD	4
1.10	EVENTO O EVENTUALIDAD	4
1.11	EXCLUSIONES.....	4
1.12	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA.....	4
1.13	HOSPITAL O SANATORIO.....	4
1.14	HOSPITALIZACIÓN	5
1.15	LEY.....	5
1.16	PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES PREEXISTENTES.....	5
1.17	PERIODO DE CARENCIA.....	5
1.18	PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN	5
1.19	PÓLIZA.....	5
1.20	PRIMA.....	5
1.21	SINIESTRO.....	5
1.22	SUMA ASEGURADA.....	5
1.23	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	6
1.24	VIGENCIA	6
2.	DESCRIPCIÓN DE COBERTURA BÁSICA.....	6
2.1	COBERTURA TEMPORAL PARA HOSPITALIZACIÓN	6
3.	SINIESTRO	6
4.	EXCLUSIONES.....	7
5.	CLÁUSULAS GENERALES.....	9
5.1	COMUNICACIONES.....	9
5.2	MODIFICACIONES	9
5.3	PRIMAS	10
5.4	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	10
5.5	TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA.....	11
5.6	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	11
5.7	DOLO O MALA FE.....	11
5.9	EDAD DE ACEPTACIÓN	12
5.10	INDEMNIZACIÓN POR MORA	13
5.11	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO.....	13
5.12	PRESCRIPCIÓN	13
5.13	COMPETENCIA	14
5.14	MONEDA.....	14
5.15	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	14
5.16	REVELACIÓN DE COMISIONES.....	15
5.17	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	16
5.18	ARBITRAJE	16

5.19	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.....	17
5.20	PERIODO DE CARENIA.....	17

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la Compañía, emite las condiciones generales de la presente Póliza para la cobertura de gastos médicos por hospitalización del Asegurado, cuyo nombre figura en la Carátula de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por el mismo y/o el Contratante. 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 un diagnóstico de los exámenes médicos correspondientes, siempre que éstas ocurran al momento del acontecimiento o dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que tales lesiones produzcan su muerte, y ésta ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

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

1.2 Asegurado

Es aquella persona física que se encuentra amparada conforme a la cobertura contratada y que se señala con tal carácter en la Carátula de la Póliza.

1.3 Beneficiario

Es la persona física que ha sido designada como tal por el Asegurado, que tiene derecho al pago de la cobertura en caso de que el Asegurado fallezca durante su Hospitalización.

1.4 Carátula de Póliza

Documento que contiene la información y datos correspondientes a : (i) el Contratante, (ii) la Prima, (iii) la Vigencia del Contrato de Seguro; (iv) los límites aplicables a cada una de las coberturas, y (v) cualquier otra información referente a los términos bajo los cuales debe operar el Contrato de Seguro.

1.5 Contratante

Es la persona física o moral que aparece en la Carátula de la Póliza que es responsable ante la Compañía de pagar la Prima correspondiente; de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro.

1.6 Compañía o Aseguradora

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

1.7 Deducible

Cantidad fija resultado de la multiplicación de la suma asegurada diaria contratada por los días de hospitalización aplicables al deducible.

1.7.1 Tipos de Deducible:

a) Deducible no retroactivo:

El Contratante podrá contratar la Cobertura Temporal de Hospitalización con un Deducible no retroactivo, con el cual el pago de la Suma Asegurada corresponderá al pago por Evento, contado a partir de la hora 49 (cuarenta y nueve) de estancia en el Hospital; es decir, a partir del tercer día de Hospitalización y hasta por un máximo de 28 (veintiocho) días de Hospitalización (30 (treinta) días máximos de Hospitalización, donde los 2 (dos) primeros días serán el Deducible a cargo del Asegurado).

b) Deducible retroactivo:

El Contratante podrá contratar la Cobertura Temporal de Hospitalización con un Deducible retroactivo, con el cual el pago de la Suma Asegurada corresponderá al pago por Evento, a partir de la hora 0 (cero) de estancia en el Hospital; y siempre y cuando el Asegurado haya cumplido con el Período de Hospitalización y hasta por un máximo de 30 (treinta) días de Hospitalización (30 (treinta) días máximos de Hospitalización, donde los 2 (dos) primeros días de Deducible a cargo del Asegurado le serán reembolsados por la Compañía al momento del pago de la Suma Asegurada por Evento).

1.8 Endoso

Es el documento emitido por la Compañía, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones particulares del Contrato de Seguro.

1.9 Enfermedad

Alteración del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debido a una causa interna o externa que ha sido diagnosticada y que por lo general requiere de tratamiento médico y/o quirúrgico.

1.10 Evento o Eventualidad

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

1.11 Exclusiones

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

1.12 Fecha de inicio de vigencia

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

1.13 Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados, las 24 (veinticuatro) horas del día.

No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar, casas o estancias de cuidado o una instalación para adultos mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos

o mentales, o bien un asilo, inclusive si se registra como un Hospital o Sanatorio.

1.14 Hospitalización

Significa el registro de entrada del paciente y su estadía u ocupación de una cama en el hospital, ya sea por un Accidente, Enfermedad, lesión corporal, tratamiento u observación médicamente necesaria, durante un mínimo de 24 (veinticuatro) horas ininterrumpidas para ser considerado como un día de Hospitalización.

1.15 Ley

Se refiere a la Ley sobre el Contrato de Seguro.

1.16 Padecimientos o Enfermedades preexistentes

Son aquellos que, previamente a la celebración de este seguro:

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

1.17 Periodo de Carencia

Para la primera vigencia de la póliza, se aplicará un periodo ininterrumpido de carencia del tiempo señalado en la Cláusula **"5.20 Periodo de Carencia"**, posteriores e inmediatos al inicio de la Vigencia de la Póliza, durante la cual no estará amparada la cobertura de este seguro.

1.18 Periodo de Hospitalización

Es el período en que, debido a la gravedad de las lesiones causadas por un Accidente o Enfermedad, es estrictamente necesario que permanezca el Asegurado internado en un Hospital y sea así determinado por un médico legalmente autorizado.

El Periodo de Hospitalización deberá superar 2 (dos) días de Hospitalización, es decir, de 48 (cuarenta y ocho) horas, para recibir; en su caso, la Suma Asegurada contratada para este seguro a partir del tercer día.

1.19 Póliza

Documentos que componen este contrato, como lo son la Carátula, Condiciones Generales y particulares, Solicitud del Seguro, Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios y, en su caso, endosos que le sean aplicables.

1.20 Prima

Es la cantidad de dinero que el Contratante deberá pagar como contraprestación por la cobertura del seguro contratada y que se establece en la Carátula de la Póliza.

1.21 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.

1.22 Suma Asegurada

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

1.23 Unidad de cuidados intensivos

Es la ocupación de una cama hospitalaria, que por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la Hospitalización general o habitual. Estas unidades están fundamentalmente destinadas: a la vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes con alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida.

1.24 Vigencia

Es el periodo durante el cual el Asegurado tendrá la protección de la cobertura indicada en estas condiciones generales, la cual se señala en la carátula de la póliza.

2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURA BÁSICA**2.1 Cobertura Temporal para Hospitalización**

La Compañía pagará al Asegurado en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura; misma que se encuentra establecida en la Carátula de la Póliza, por cada día de Hospitalización del Asegurado; siempre y cuando dicha Hospitalización sea a consecuencia de una Enfermedad diagnosticada o un Accidente ocurrido durante el plazo de esta cobertura señalado en la Carátula de la Póliza.

La Compañía limitará el pago de la cobertura hasta por 30 (treinta) días por Evento y el número de Eventos estará limitado a 1 (uno) por cada año dentro de la Vigencia de la cobertura.

La cobertura se pagará siempre y cuando el Asegurado cumpla con el Periodo de Hospitalización y de acuerdo con el tipo de Deducible contratado (conforme a lo indicado en la definición **“1.7 Deducible”**).

En caso de que el Asegurado sea hospitalizado a consecuencia de la misma Enfermedad o Accidente que dio lugar a una Hospitalización previamente cubierta y que no hubiera agotado los 30 (treinta) días de Hospitalización, y siempre y cuando dicha Hospitalización ocurra durante los 90 (noventa) días posteriores a la anterior, será considerada como continuación de la misma y será elegible para el pago de Suma Asegurada contratada desde la primera Hospitalización considerándose como un solo Evento.

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, especificada en la Carátula de la Póliza por cada uno de los días en que el Asegurado se encuentre Hospitalizado y de conformidad con lo indicado en las presentes Condiciones Generales, aun cuando el Periodo de Hospitalización sea en la Unidad de cuidados intensivos; por lo que no se modificará el monto a recibir independientemente del tipo de Hospitalización.

Si al finalizar el plazo de Vigencia de esta cobertura, el Asegurado no ha sido sometido a alguna Hospitalización cubierta, la protección por esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

En caso de que el Asegurado fallezca durante su Período de Hospitalización, la Suma Asegurada por dicho Evento y de conformidad con el Deducible contratado (indicados en la Carátula de la Póliza), se pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado.

3. SINIESTRO

El Asegurado deberá realizar el reclamo por escrito a la Compañía dentro de los 5 (cinco) días posteriores a la Hospitalización, salvo caso fortuito o causa de fuerza mayor, debiendo realizar la reclamación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

Transcripción del artículo 69 de la Ley:

“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.”

Información necesaria para hacer una reclamación:

La evidencia sobre las Hospitalizaciones amparadas bajo esta cobertura deberá estar sustentada por:

- a) Original del documento de aviso de siniestro, debidamente firmado por el Asegurado, o en su caso el Beneficiario, debidamente requisitado y firmado (a ser brindado por la Aseguradora).
- b) Identificación oficial vigente del Asegurado o, en su caso, del Beneficiario, con foto y firma.
- c) Expediente clínico de acuerdo con la normatividad vigente aplicable que deberá contener al menos el nombre completo del paciente elaborado por el médico tratante, indicando el número de cédula profesional y, en dado caso, el de la especialidad correspondiente debidamente firmado por éste. En caso de no contar con dicho documento se podrá entregar el formato del médico tratante (a ser brindado por la Compañía) indicando de igual forma el número de cédula profesional y deberá contar con la firma de éste.
- d) En caso de atenderse en Hospital privado: copia de la factura hospitalaria donde se atendió el Asegurado donde se cite la fecha de ingreso, la fecha de egreso y nombre del paciente.
- e) En caso de ser atendido en cualquier institución médica: se solicitará el Formato (Hoja de referencia y contra referencia) emitido por el médico tratante, donde se cite la fecha de ingreso, la fecha de egreso y nombre del paciente. e.
- f) Comprobante de domicilio no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.
- g) Comprobante del estado de cuenta a nombre del Asegurado o, en su caso, del Beneficiario, no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro.

En caso de fallecimiento del Asegurado, adicionalmente el Beneficiario deberá entregar a la Compañía:

- I. Certificado de defunción del Asegurado.
- II. Acta de Defunción del Asegurado (solo si la tuviere el Beneficiario).

La Compañía pagará al Asegurado o al Beneficiario, según sea el caso, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

4. EXCLUSIONES

Ningún Evento será pagadero en relación con esta cobertura si la Hospitalización del Asegurado es resultado de:

- Convalecencia domiciliaria, convalecencia en asilos, casa de convalecencia o retiro.
- Parto natural, operación cesárea, legrado o aborto y cualquier complicación durante o después del embarazo y a consecuencia de éste.
- Padecimientos o Enfermedades preexistentes.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético, tratamiento de fertilidad, para perder o ganar peso, excepto a consecuencia de un Accidente.
- Cirugías refractivas de ojos.
- Estancia en Hospitales si no es médicamente necesario para la recuperación de la salud del paciente o si no es instruida por un médico legalmente autorizado.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas sin indicación médica.
- Intervenciones quirúrgicas con el propósito de donar algún órgano.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas que se realicen con el fin de corregir daños congénitos.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la Enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes de cualquier tipo o esclerosis múltiple.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas realizadas con el propósito de investigación o examinación.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la omisión en la búsqueda de atención oportuna o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- Hospitalizaciones derivadas de Accidentes o Enfermedades generados por vivir en el extranjero (entendiéndose como vivir fuera del territorio por más de 13 (trece) semanas consecutivas).
- Guerra u hostilidades (sea o no guerra declarada).
- Guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, inestabilidad civil, manifestaciones, poder militar o usurpación del poder, ley marcial o motín.
- Participación en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.
- Actos provocados por el Asegurado o que él mismo realice como sujeto activo de forma independiente o representando a o en relación a un grupo u organismo, para influir en cualquier grupo, corporación o gobierno, por medio de la fuerza, a través de terrorismo, secuestro o intento de secuestro, ataque, asalto o cualquier medio violento.
- Cualquier intervención quirúrgica debido a un acto intencional o autoinflingido, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, de alcohol o ingesta de veneno.**
- **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o condiciones médicas relacionadas y/o conectadas y/o resultantes del SIDA y/o resultantes del virus generador del SIDA.**
- **Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de participación deliberada del Asegurado en cualquier acto ilegal o criminal.**
- **Actos ilegales por el Beneficiario de la Póliza que den lugar a la necesidad de alguna Hospitalización del Asegurado.**
- **Padecimientos u Hospitalizaciones resultantes de la práctica de motociclismo, box, lucha libre o greco romana, charrería tauromaquia, cacería, alpinismo, espeleología, deportes hípicos y de buceo, clavados, salto en bungee o cualquier actividad o deporte peligroso que se practique de manera profesional, amateur y/u ocasional.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- **Vuelo en cualquier aeronave perteneciente a línea no regular (incluyendo planeadores, globo aerostático y paracaídas).**

5. CLÁUSULAS GENERALES

5.1 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.

5.2 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.

5.3 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.

5.4 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 la Póliza contratada.
- b) Cuando el Contratante 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 80 años.

5.5 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, por el medio de pago que acuerden entre las partes, 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.

5.6 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.

5.7 Dolo o mala fe

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

a) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o sus representantes, con fin de hacerla

incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al Siniestro.

b) Si, con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación para documentar el Siniestro de la cobertura de que se trate, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro.

c) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o los representantes de ellos, presentan documentación apócrifa para que la Compañía conozca las causas y consecuencias del Siniestro y/o se conduzcan con falsedad en la declaración del Siniestro

5.9 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.

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

La edad máxima de contratación para la cobertura es de 69 años.

La edad máxima de renovación para la cobertura es de 79 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:

- a) 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.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si la edad real es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado, en el momento de la celebración del Contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Cuando con posterioridad 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.

5.10 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 en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Asegurado, o en su caso, al Beneficiario 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.

5.11 Designación de Beneficiario

En el caso de que el Asegurado fallezca hospitalizado, la Aseguradora pagará al Beneficiario designado la Suma Asegurada que corresponda por los días que estuvo Hospitalizado el Asegurado hasta la fecha de su fallecimiento, siempre y cuando se cumplan las condiciones de este seguro se cumpla lo establecido en la definición de la cobertura.

El Asegurado tiene derecho a modificar la designación de Beneficiarios previamente realizada, siempre que no exista restricción legal en contrario. Para tales efectos el Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Aseguradora, quien le brindará el formato respectivo en donde se deberá indicar el nombre completo, porcentaje de participación del nuevo Beneficiario y el carácter con el que se designa. La Aseguradora hará constar el cambio mediante endoso respectivo.

Queda entendido que la Aseguradora 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.

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.

5.12 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.

5.13 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 o en cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), 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 Usuarios 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

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

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

5.14 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 (pesos mexicanos), conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

5.15 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.

5.16 Revelación de comisiones

“Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución

proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.”

5.17 Entrega de Documentación Contractual

La Compañía entregará por escrito al Contratante o al Asegurado la documentación contractual de la Póliza, Carátula de la Póliza y Condiciones Generales dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del seguro al Contratante o 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

5.18 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 hiciere 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 hiciere 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.

5.19 Renovación Automática

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

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

Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante y/o Asegurado, las nuevas primas y deducibles que aplicarán para cada renovación con al menos 20 (veinte) días de anticipación a la renovación automática de la Póliza.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites de edad establecidos en la Cláusula 5.9.

5.20 Periodo de Carencia

Se establece un Periodo de Carencia de 12 meses para los siguientes padecimientos:

- Padecimientos de columna vertebral.
- Padecimientos de glándulas mamarias.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalitis y adenoiditis.
- Hernias y eventraciones.
- Nariz o senos paranasales.

El Periodo de Carencia únicamente aplica para la vigencia inicial y no para renovaciones subsiguientes.

No se cubren Padecimientos preexistentes o a consecuencia de Accidentes o Enfermedades ocurridas antes del inicio de la vigencia.

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 Avisos de Privacidad integrales visite <https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>.

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 y que no se transcriben, en nuestra página de internet: www.prudentialseguros.com.mx

Invitación para Consultar al RECAS

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.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: 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 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., 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 10 de febrero de 2025, con el número CNSF-S0106-0355-2024/CONDUSEF-006593-02.”



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, 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 10 de febrero de 2025, con el número CNSF-S0106-0355-2024/CONDUSEF-006593-02.”

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 10 de febrero de 2025, con el número CNSF-S0106-0355-2024/CONDUSEF-006593-02.”

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:

Nombre del Asegurado:	
Número de Póliza:	Vigencia:

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 10 de febrero de 2025, con el número CNSF-S0106-0355-2024/CONDUSEF-006593-02.”