

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

La Compañía se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad por el Contratante y/o representante legal a una sola tinta y no debe tener abreviaturas, tachaduras, enmendaduras y/o correcciones o campos obligatorios vacíos.

1. Datos del Contratante		
Nombre completo, denominación o razón social:		
Domicilio completo (Calle, número exterior e interior, Municipio o Alcaldía, C.P., Entidad Federativa):		
Fecha de nacimiento o constitución:		
R.F.C. con homoclave:	Correo electrónico:	
Teléfono:	Nacionalidad:	
Entidad Federativa de Nacimiento:	País de Nacimiento:	
Clave Única de Registro de Población (CURP):		
Si cuenta con un domicilio en el extranjero favor de indicarlo:		
Firma Electrónica Avanzada:		
<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral	Folio mercantil:	
Actividad o giro mercantil (objeto social/actividades principales de la empresa):		
¿La empresa contratante cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos o es subsidiaria con una participación mayor al 50% o es una entidad gubernamental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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, presidente del Consejo de Administración o del administrador único.		
Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Fecha de Nacimiento	% de participación accionaria o tipo de figura controladora (por ejemplo, director general)
2. Datos de Pago de la Póliza		
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	Plazo de pago:	_____ Días (Periodo de Grac)
3. Tipo de pago		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito o débito <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> Link de pago <input type="checkbox"/> Centro de contacto telefónico <input type="checkbox"/> Depósito bancario a través de ficha de depósito referenciado		
4. Datos del Representante Legal del Contratante		
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	
Nacionalidad:		
Tipo de identificación:	Número de Identificación:	
5. Descripción de la Colectividad		
Descripción de la Colectividad Asegurable: _____.		
Relación de la Colectividad con el Contratante: <input type="checkbox"/> Empresa-Cliente <input type="checkbox"/> Patrón-Emppleado <input type="checkbox"/> Asociación-Asociado		
Otro: _____.		
Características particulares y/o especiales de la colectividad: _____.		
Pago de la prima:	<input type="checkbox"/> Contributorio <input type="checkbox"/> No Contributorio	

Monto o porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad: \_\_\_\_\_  
 (únicamente en caso de aplicar).

¿El objetivo de la contratación del seguro será garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?  
☐ Sí ☐ No  
 En caso de la respuesta anterior sea afirmativa detalle cuál(es): \_\_\_\_\_  
 Si la colectividad ha estado asegurada anteriormente, proporcione el nombre de la compañía de seguros y la vigencia de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha deseable de emisión:	(dd/mm/aaaa)	Vigencia solicitada:	Desde (dd/mm/aaaa) Hasta (dd/mm/aaaa)
Número de personas que reúnen las características de la Colectividad Asegurable:			Número de personas que va a asegurarse:

Operación: Accidentes y Enfermedades

¿Desea que la póliza sea autoadministrada? ☐ Sí ☐ No  
 En caso de que la respuesta sea afirmativa, la Compañía emitirá en conjunto con la Póliza, el endoso de Autoadministración correspondiente, en donde se especificarán los derechos y obligaciones del Contratante y la Compañía.

**6. Datos de los titulares**

Favor de declarar cualquier circunstancia que considere importante, que podría dar lugar a la posibilidad de cúmulos de pérdidas, derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes de la Colectividad, en forma directa por la actividad que éstos realizan.

Importante adjuntar para Asegurados: Relación en formato electrónico indicando el nombre completo, número de asegurados, edad actual, fecha de nacimiento, sexo, fecha de ingreso, dirección completa, suma asegurada y ocupación de cada integrante de la Colectividad a asegurar.

**7. Dependiente(s) Económico(s)\***

En caso de estar indicados como personas amparadas en la(s) cobertura(s) que a continuación se defina(n), el(los) Dependiente(s) Económico(s)\* del Asegurado Titular estará(n) protegido(s), según lo establecido en la cláusula 1. "DEFINICIONES" de las Condiciones Generales del seguro, específicamente en la definición 1.16 sobre "Dependientes Económicos", y de conformidad con lo señalado en las mismas.

**8. Coberturas y sumas aseguradas**

Subcolectividad: Se refiere a una agrupación específica de la Colectividad Asegurable, cuyos integrantes comparten características comunes relevantes para la evaluación y administración del riesgo. Esta segmentación puede basarse en criterios como rangos de edad, tipo de cobertura contratada, perfil ocupacional, entre otros factores. La definición de Subcolectividad no constituye una práctica discriminatoria, sino una herramienta técnica para identificar y gestionar adecuadamente los riesgos compartidos por sus miembros, conforme a los principios actuariales y normativos aplicables. Cuando se contraten más de dos categorías, se deberá llenar otra solicitud para el mismo seguro, en la que se detallarán las características de las demás categorías.

**Marque con una X la(s) cobertura(s) y los miembros de la familia para los que solicita dichas coberturas, así como la suma asegurada.**

COBERTURA(S)	SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINARLA	SUBCOLECTIVIDAD	ASEGURADO(S)
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*

**9. Datos del Agente**

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

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

Manifiesto que he informado al solicitante entre otras cosas: del alcance real de las coberturas (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo; el tipo de autorización, número y vigencia de la Cédula otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; domicilio y que carezco de facultades para representar a la Compañía, para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Como Agente, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

En cumplimiento con la normatividad vigente, declaro que he mantenido una entrevista con el Contratante o con su representante legal, a fin de recabar los datos y documentos necesarios para la contratación e inicio de la relación comercial con la Compañía.

**Nombre y Firma del Agente y/o Apoderado**

**10. Envío de documentación contractual**

- ☐ Físicamente en el momento de la contratación (cuando la contratación haya sido presencial).
- ☐ Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado en esta solicitud de seguro.
- ☐ A través del portal de Internet, o cualquier otro medio que la Compañía establezca y me sea informado.

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento expreso y solicito a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., para que cuando haya elegido la entrega de mi documentación contractual correspondiente al contrato de seguro a través de medios electrónicos, 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.

**11. Aviso de Privacidad**

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Los datos personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante "Prudential"), 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, quien será Responsable del tratamiento de sus datos personales. Le informamos que los datos personales recabados serán tratados para identificarle, registrarle y contactarle por distintos medios de comunicación, así como para realizar la evaluación del riesgo correspondiente y, en caso de que resulte aplicable, proceder con la formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio, para cumplir con las obligaciones exigibles en términos de las disposiciones legales que resulten aplicables. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral visite [https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV\\_Integral\\_para\\_Clientes\\_de\\_Prudential\\_Seguros\\_Mexico.pdf](https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf)

Manifiesto que fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de Prudential Seguros México, S.A. de C.V., por lo que autorizo el tratamiento de mis Datos Personales para los fines señalados en el mismo, incluyendo el intercambio de información para el cumplimiento del contrato de seguro. Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los datos personales proporcionados en esta solicitud, las finalidades de su tratamiento.

**12. Uso de Medios Electrónicos y Firma Sustitutiva**

Para efectos de esta solicitud de seguro, confirmo que fui informado que al realizar el proceso con medios electrónicos autorizados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., y según las Condiciones Generales del seguro, así como los Términos de Uso de Medios Electrónicos disponibles en [www.prudentialeseguros.com.mx](http://www.prudentialeseguros.com.mx), cualquier firma autógrafa se ha sustituido por medios

electrónicos y digitales válidos, según el artículo 214 de la Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas y los capítulos 4.10 y 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, y los mecanismos de autenticación utilizados están legalmente validados.

Reconozco y acepto que, al celebrarse y aceptarse la presente solicitud del seguro mediante medios electrónicos, todas las firmas autógrafas de la documentación contractual del seguro se considerarán sustituidas por medio de autenticación electrónica, constituyendo una firma electrónica válida y evidencia de la aceptación del contenido y la contratación del seguro.

### 13. Declaraciones del Contratante

Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales que se anexan y forman parte del contrato de seguro solicitado, en las cuales se establecen los límites y exclusiones que le aplican al mismo, que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas imponen como Contratante del seguro.

Asimismo, manifiesto se me hizo saber que con independencia del medio seleccionado para la entrega de la documentación contractual del seguro, puedo consultar en todo momento las coberturas, exclusiones, limitantes y restricciones de este seguro, en las Condiciones Generales que también podré consultar en la página web: [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx) o bien en <https://registros.condusef.gob.mx/recas>.

Conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en este consentimiento tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de los datos importantes que se pregunten para la apreciación del riesgo, facultará a la Compañía, para rescindir el contrato celebrado, aunque tales datos no hayan influido en la causa del siniestro y de abstenerse de realizar cualquier pago al asegurado (ART. 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Por lo anterior, en mi carácter de Contratante y en representación de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la Compañía valorará el riesgo a contratar.

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que constituyen parte del contrato de seguro y aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

Estoy de acuerdo que, en caso de ser aceptada esta solicitud formará parte del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

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.

Para consultar las abreviaturas y preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato acceder al sitio: [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

### 14. Importante Leer

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

Queda bajo la responsabilidad de la Compañía, entregar al Contratante, acuse de recibo de la autorización otorgada para que se realice el cobro de la prima a través de cargo a la tarjeta de crédito o débito. Asimismo, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de que el Contratante ha pagado la prima respectiva, aun cuando dicha Compañía no haya entregado el recibo expedido por ésta respecto del pago de prima correspondiente.

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) 1103-7000. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](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 jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):** Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx). Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 En el territorio nacional: 800 999 8080.

**Cancelación del seguro:** La cancelación del seguro podrá solicitarse a través de los siguientes medios, según el canal de contratación aplicable: Línea de atención telefónica: 55 1103-7000 | Correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) | Oficinas de atención al cliente de la Compañía | Plataforma digital del distribuidor autorizado, cuando la póliza haya sido contratada por dicho canal.

---

Lugar y Fecha

---

Nombre y Firma del Contratante y/o Representante Legal

***“En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en lo sucesivo la “Compañía”) asegura los riesgos más adelante detallados a favor de la colectividad indicada en esta carátula, de acuerdo con las condiciones generales y particulares de esta póliza durante la vigencia establecida.

### 1. Datos Generales de la Póliza

Nombre Completo, denominación o razón Social del Contratante		Póliza número			
		Tipo de documento		[Inicial/Renovación]	
		Póliza Anterior		[Únicamente en caso de renovación]	
		Fecha de emisión			
		Fecha de Inicio de Vigencia		Fecha de Fin de Vigencia	
		Desde las 12:00 horas del (dd/mm/aaaa).		Desde las 12:00 horas del (dd/mm/aaaa).	
Domicilio del Contratante		Teléfono		Correo Electrónico	
		Forma de pago		Moneda	
RFC		Fecha de vencimiento de pago		Plazo de pago	
Contribución de la Colectividad al pago de la Prima		Periodo de Gracia		Tipo de administración	
				Rehabilitación	

### 2. Datos de la Colectividad Asegurada

Colectividad Asegurada:		Participación de utilidades/dividendos:	
Subcolectividad:		Total de Asegurados Titulares:	
Edad mínima de aceptación:		Edad máxima de aceptación:	
Edad máxima de renovación:		Edad máxima de cancelación:	

### 3. Detalles de Coberturas Amparadas

Coberturas	Personas Amparadas	Suma Asegurada o regla para determinarla	Prima Anual
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	Prima Neta:		
	Financiamiento por Pago Fraccionado:		



Gastos de Expedición:

I.V.A.:

Prima Total:

En caso de aparecer como amparada la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, el Periodo de Hospitalización es de \_\_\_\_\_ [horas/días] y el Periodo Máximo de Beneficio es de \_\_\_\_\_ días.

Los siguientes endosos forman parte integrante de esta Póliza:  
[Indicación de los endosos aplicables]

#### 4. Aviso de Privacidad

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Los datos personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

(en adelante "Prudential"), 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, quien será Responsable del tratamiento de sus datos personales. Le informamos que los datos personales recabados serán tratados para identificarle, registrarle y contactarle por distintos medios de comunicación, así como para realizar la evaluación del riesgo correspondiente y, en caso de que resulte aplicable, proceder con la formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio, para cumplir con las obligaciones exigibles en términos de las disposiciones legales que resulten aplicables. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral visite [https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV\\_Integral\\_para\\_Clientes\\_de\\_Prudential\\_Seguros\\_Mexico.pdf](https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf)

Manifiesto que fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de Prudential Seguros México, S.A. de C.V., por lo que autorizo el tratamiento de mis Datos Personales para los fines señalados en el mismo, incluyendo el intercambio de información para el cumplimiento del contrato de seguro. Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los datos personales proporcionados en esta solicitud, las finalidades de su tratamiento.

#### 5. IMPORTANTE LEER

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

En caso de que cualesquiera de los miembros de la Colectividad Asegurada sufra un accidente estando su Consentimiento/Certificado Individual en vigor, la Compañía pagará de acuerdo con los términos y condiciones estipulados en el contrato del presente seguro y la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento/Certificado Individual, a la(s) persona(s) designada(s) en el mismo como Beneficiario(s), previa presentación de las pruebas del hecho y la causa del siniestro, así como de los derechos del reclamante; o en su caso, al Asegurado.

La Compañía enviará al Contratante la Carátula de Póliza, junto con las Condiciones Generales y toda la documentación contractual que integran su Contrato de Seguro, de acuerdo con el medio seleccionado para la entrega de dicha documentación, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación. **Con independencia del medio seleccionado, lo invitamos a consultar las Condiciones Generales de la Póliza, en las mismas podrá conocer las coberturas, exclusiones, limitantes y restricciones de este seguro. Las Condiciones Generales las podrá consultar también en nuestra página web: [www.prudentialeseguros.com.mx](http://www.prudentialeseguros.com.mx) o bien en <https://registros.condusef.gob.mx/recas>.**

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

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para

asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

**"Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

**"Artículo 19.-** En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características."

**"Artículo 20.-** Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento."

**"Artículo 21.-** La Aseguradora podrá renovar los contratos del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endosos a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del Contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas".

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) 1103-7000. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](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 jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):** Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx). Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 En el territorio nacional: 800 999 8080.

**Cancelación de la Póliza:** La cancelación de esta póliza podrá solicitarse a través de los siguientes medios, según el canal de contratación aplicable: Línea de atención telefónica: 55 1103-7000 | Correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) | Oficinas de atención al cliente de la Compañía | Plataforma digital del distribuidor autorizado, cuando la póliza haya sido contratada por dicho canal.

En testimonio de lo cual la Compañía firma la presente Póliza en:

Lugar y Fecha

Firma Funcionario Autorizado

#### Contacto

Reporte de siniestros:

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000

[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

Servicio a clientes:

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000

[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

Página web:

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)



***“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***

Muestra sin valor

# **CONDICIONES GENERALES**

## **“Seguro Colectivo de Accidentes Personales 2025”**

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

# Índice

<b>1. DEFINICIONES .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Accidente.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2. Accidente Cubierto.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3. Asegurado .....</b>	<b>6</b>
<b>1.4. Asegurado Titular.....</b>	<b>6</b>
<b>1.5. Beneficiario .....</b>	<b>7</b>
<b>1.6. Carátula de la Póliza.....</b>	<b>7</b>
<b>1.7. CNSF.....</b>	<b>7</b>
<b>1.8. Colectividad Asegurable.....</b>	<b>7</b>
<b>1.9. Colectividad Asegurada.....</b>	<b>7</b>
<b>1.10. Compañía .....</b>	<b>7</b>
<b>1.11. Condiciones Generales.....</b>	<b>7</b>
<b>1.12. Condiciones Particulares .....</b>	<b>7</b>
<b>1.13. Consentimiento/Certificado Individual.....</b>	<b>7</b>
<b>1.14. Contratante.....</b>	<b>7</b>
<b>1.15. Culpa Grave.....</b>	<b>7</b>
<b>1.16. Dependientes Económicos.....</b>	<b>8</b>
<b>1.17. Deporte Profesional .....</b>	<b>8</b>
<b>1.18. Deporte Alto Riesgo .....</b>	<b>8</b>
<b>1.19. Día de Hospitalización .....</b>	<b>9</b>
<b>1.20. Diagnóstico .....</b>	<b>9</b>
<b>1.21. Endoso.....</b>	<b>9</b>
<b>1.22. Enfermero(a) .....</b>	<b>9</b>
<b>1.23. Evento o Eventualidad .....</b>	<b>9</b>
<b>1.24. Exclusiones.....</b>	<b>9</b>
<b>1.25. Hospital.....</b>	<b>9</b>
<b>1.26. Hospitalización .....</b>	<b>10</b>
<b>1.27. Ley.....</b>	<b>10</b>
<b>1.28. Médico .....</b>	<b>10</b>
<b>1.29. Muerte Accidental.....</b>	<b>10</b>
<b>1.30. Pérdidas Orgánicas.....</b>	<b>10</b>
<b>1.31. Periodo al Descubierto .....</b>	<b>11</b>
<b>1.32. Periodo de Gracia.....</b>	<b>11</b>

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

1.33.	Periodo de Hospitalización.....	11
1.34.	Plan .....	11
1.35.	Póliza .....	11
1.36.	Prima.....	11
1.37.	Prima Neta .....	12
1.38.	Reglamento .....	12
1.39.	Reserva Matemática .....	12
1.40.	Siniestro .....	12
1.41.	Subcolectividad .....	12
1.42.	Suma Asegurada .....	12
1.43.	Unidad de Medida Actualizada (UMA) .....	12
1.44.	Vigencia .....	12
2.	CONDICIONES PARTICULARES.....	13
2.1.	Cobertura Básica.....	13
2.1.1	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE (MUERTE ACCIDENTAL) .....	13
2.1.1.1.	EXCLUSIONES.....	13
2.2.	Coberturas Adicionales (con costo).....	14
2.2.1	GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE .....	14
2.2.1.1.	EXCLUSIONES.....	15
2.2.2	PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (TABLA DE INDEMNIZACIÓN ESCALA B).....	16
2.2.2.1.	EXCLUSIONES.....	17
2.2.3	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.....	18
2.2.3.1.	EXCLUSIONES.....	19
2.2.4	RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE.....	20
2.2.4.1	PERIODO MÁXIMO DE BENEFICIO.....	20
2.2.4.2	EXCLUSIONES.....	20
2.2.5	INDEMNIZACIÓN DE GASTOS HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE .....	21
2.2.5.1.	MONTO MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN .....	22
2.2.5.2.	DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA .....	22
2.2.5.3.	GASTOS CUBIERTOS.....	22
2.2.5.4.	OTROS SEGUROS .....	23
2.2.5.5.	EXCLUSIONES.....	23
2.3.	Documentación en caso de Siniestro .....	26
2.4.	Coberturas Adicionales Contratables mediante Endoso.....	27
3.	CLÁUSULAS GENERALES .....	28
3.1.	CONTRATO DE SEGURO .....	28

3.2.	<b>OBJETO DEL SEGURO .....</b>	<b>28</b>
3.3.	<b>LUGAR DE RESIDENCIA.....</b>	<b>28</b>
3.4.	<b>RENOVACIÓN.....</b>	<b>28</b>
3.5.	<b>RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS INDIVIDUALES.....</b>	<b>28</b>
3.6.	<b>RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA .....</b>	<b>29</b>
3.7.	<b>MODIFICACIONES.....</b>	<b>29</b>
3.8.	<b>MONEDA .....</b>	<b>29</b>
3.9.	<b>PAGO DE LA PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA .....</b>	<b>29</b>
3.10.	<b>EDAD.....</b>	<b>30</b>
3.11.	<b>CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL PAGO DE LA PRIMA .....</b>	<b>31</b>
3.12.	<b>DIVIDENDOS .....</b>	<b>31</b>
3.13.	<b>BENEFICIARIOS .....</b>	<b>31</b>
3.14.	<b>CARENCIA DE RESTRICCIONES.....</b>	<b>33</b>
3.15.	<b>TERMINACIÓN DEL SEGURO .....</b>	<b>33</b>
3.16.	<b>CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO .....</b>	<b>33</b>
3.17.	<b>DISPUTABILIDAD.....</b>	<b>34</b>
3.18.	<b>OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS .....</b>	<b>34</b>
3.19.	<b>SINIESTRO .....</b>	<b>35</b>
3.20.	<b>FRAUDE, DOLO O MALA FE.....</b>	<b>35</b>
3.21.	<b>ARBITRAJE .....</b>	<b>35</b>
3.22.	<b>PAGO DEL SINIESTRO.....</b>	<b>36</b>
3.23.	<b>AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA .....</b>	<b>36</b>
3.24.	<b>PRUEBAS.....</b>	<b>36</b>
3.25.	<b>COMUNICACIÓN .....</b>	<b>36</b>
3.26.	<b>REHABILITACIÓN .....</b>	<b>37</b>
3.27.	<b>COMPETENCIA .....</b>	<b>37</b>
3.28.	<b>Uso DE MEDIOS ELECTRÓNICOS .....</b>	<b>38</b>
3.29.	<b>COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA .....</b>	<b>38</b>
3.30.	<b>INDEMNIZACIÓN POR MORA .....</b>	<b>38</b>
3.31.	<b>RESPONSABILIDAD FISCAL.....</b>	<b>39</b>
3.32.	<b>PRESCRIPCIÓN .....</b>	<b>39</b>
3.33.	<b>AGRAVACIÓN DEL RIESGO .....</b>	<b>39</b>
3.34.	<b>CAMBIO DE CONTRATANTE .....</b>	<b>40</b>
4.	<b>ADMINISTRACIÓN .....</b>	<b>40</b>
4.1.	<b>DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....</b>	<b>41</b>
4.2.	<b>REGISTRO DE ASEGURADOS .....</b>	<b>41</b>

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



<b>4.3. MOVIMIENTO DE ASEGURADOS .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4. CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS INDIVIDUALES.....</b>	<b>43</b>
<b>4.4.1. ENTREGA A LOS ASEGURADOS .....</b>	<b>43</b>
<b>4.5. ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL .....</b>	<b>43</b>
<b>4.5.1. MEDIOS DE ENTREGA DISPONIBLES .....</b>	<b>43</b>
<b>5. MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO .....</b>	<b>45</b>
<b>5.2. LIGA A CITA DE PERCEPTOS LEGALES.....</b>	<b>45</b>
<b>5.3. INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO DE EDADES DE ACEPTACIÓN Y CANCELACIÓN .....</b>	<b>47</b>

**Prudential Seguros México, S.A. de C.V.** en adelante la Compañía, emite las Condiciones Generales de la presente Póliza tomando como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud, o vigor vital del Asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito, cuyo nombre figura en el Consentimiento/Certificado Individual de este seguro, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

## 1. DEFINICIONES

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

### 1.1. Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales o la muerte. **No se considera Accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.**

### 1.2. Accidente Cubierto

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

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

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

### 1.3. Asegurado

Persona física que se encuentra amparada conforme a las Coberturas contratadas e indicadas en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, quien ha brindado su consentimiento y que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía para formar parte de la Colectividad Asegurada. Bajo esta Póliza quedará amparado el Asegurado Titular y, de estar expresamente asentado en el Consentimiento/Certificado Individual de la Póliza, los Dependientes Económicos de conformidad con los supuestos indicados en la definición de "Dependientes Económicos" de esta sección.

### 1.4. Asegurado Titular

Es aquél que pertenece al Colectividad Asegurada y que voluntariamente firma su consentimiento para ser Asegurado en el Plan contratado por el Contratante.

Para efectos prácticos, y siempre que no exista confusión de interpretación, al Asegurado Titular se le designará simplemente como Asegurado.

### **1.5. Beneficiario**

La(s) persona(s) designada(s) como tal(es) por los Asegurados en el Consentimiento/Certificado Individual, debidamente requisitado por éste, para la celebración de este Contrato de Seguro o que designe posteriormente mediante el formato de designación de Beneficiarios o a falta de esta designación previa serán las personas señaladas en la cláusula 3.13. "Beneficiarios" de estas Condiciones Generales.

### **1.6. Carátula de la Póliza**

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

### **1.7. CNSF**

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### **1.8. Colectividad Asegurable**

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, así como sus Dependientes Económicos, en caso de que sea solicitada su inclusión.

### **1.9. Colectividad Asegurada**

Conjunto de personas elegibles que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, han dado su consentimiento para ser incluidos en la Póliza, y que cumplen con los requisitos de asegurabilidad que establece la Compañía y que han sido aceptados por la Compañía para quedar Asegurados por el presente Contrato de Seguro.

### **1.10. Compañía**

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

### **1.11. Condiciones Generales**

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

### **1.12. Condiciones Particulares**

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

### **1.13. Consentimiento/Certificado Individual**

Documento expedido por la Compañía, el cual contiene la información de cada Asegurado, así como las Coberturas y Sumas Aseguradas que se encuentran amparadas.

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

### **1.14. Contratante**

Persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro Colectivo con la Compañía; esta persona representa legalmente a la Colectividad Asegurada, cuenta con las facultades para ello y asume las obligaciones administrativas que se derivan de él.

### **1.15. Culpa Grave**

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

#### 1.16. *Dependientes Económicos*

Se consideran como Dependientes Económicos del Asegurado Titular a las siguientes personas y supuestos, siempre y cuando estén dentro de los límites de edad establecidos en este contrato de seguro:

- a. Asegurado Titular Soltero Sin Padres y Sin Hijos: Se considerará asegurado únicamente al Asegurado Titular de la Póliza. **No se proporcionará cobertura para otras personas.**
- b. Asegurado Titular Soltero (Viudo o Divorciado) Sin Hijos: Se considerarán sus padres.
- c. Asegurado Titular Soltero (Viudo o Divorciado) Con Hijos: Se considerarán hasta tres hijos de 0 (cero) meses de edad a 25 (veinticinco) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico. **Las coberturas de Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) y Gastos Funerarios por Accidente sólo podrán contratarse para Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad. En caso de que el Asegurado sea menor de 12 (doce) años de edad, las coberturas se limitarán a una Suma Asegurada máxima equivalente a 10 (diez) Unidades de Medida y Actualización (UMA) mensuales.**
- d. Asegurado Titular Casado o en Concubinato Legalmente Reconocido con Cónyuge Sin Hijos: Se considerará a su cónyuge o concubinario o conviviente.
- e. Asegurado Titular Casado o en Concubinato Legalmente Reconocido con Cónyuge Con Hijos: Se considerarán al cónyuge o concubinario o conviviente y hasta tres hijos de 0 (cero) meses de edad a 25 (veinticinco) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico. **Las coberturas de Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) y Gastos Funerarios por Accidente sólo podrán contratarse para Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad. En caso de que el Asegurado sea menor de 12 (doce) años de edad, las coberturas se limitarán a una Suma Asegurada máxima equivalente a 10 (diez) Unidades de Medida y Actualización (UMA) mensuales.**

Consideraciones adicionales: En los casos descritos en los incisos c), d) y e), también podrán considerarse como Dependientes Económicos los padres del Asegurado Titular, siempre que el Contratante haya solicitado expresamente su inclusión y la Compañía lo haya aceptado, lo cual deberá constar en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Cuando la cobertura ampare a los Dependientes Económicos del Asegurado Titular, esta inclusión deberá aparecer expresamente mencionada en el Consentimiento/Certificado Individual, especificando qué coberturas les aplican, de acuerdo con las coberturas contratadas.

#### 1.17. *Deporte Profesional*

Práctica deportiva regular, a cambio de una retribución, ya sea por cuenta propia o dentro de un club o entidad deportiva.

#### 1.18. *Deporte Alto Riesgo*

Deporte cuya práctica implica un cierto nivel de peligro para la integridad física de quien lo realiza.

#### 1.19. *Día de Hospitalización*

Se entenderá por Día de Hospitalización, las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

#### 1.20. *Diagnóstico*

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

#### 1.21. *Endoso*

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

#### 1.22. *Enfermero(a)*

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

#### 1.23. *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. Se entenderá que el Evento es el hecho o serie de hechos ocurridos a consecuencia de un solo acontecimiento.

#### 1.24. *Exclusiones*

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

#### 1.25. *Hospital*

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



#### 1.26. Hospitalización

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

#### 1.27. Ley

Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS)

#### 1.28. Médico

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

#### 1.29. Muerte Accidental

Aquel fallecimiento del Asegurado a consecuencia directa de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando la muerte ocurra de forma inmediata o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto y el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el Siniestro.

#### 1.30. 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 Cubierto o bien dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del mismo:

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).
- Por pérdida del pie: la mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

- En cuanto a la vista de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la vista.
- Pérdida de un dedo: la anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de dos (2) falanges completas cuando menos.

#### **1.31. Periodo al Descubierto**

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual este Contrato o el Consentimiento/Certificado Individual, según corresponda, no se encuentra vigente. Se genera por no haber solicitado la renovación de la póliza o por la falta de pago de Primas sin perjuicio de lo señalado en la definición Período de Gracia y de conformidad con lo establecido en la cláusula de Prima.

Inicia a partir de la hora en que finaliza el Periodo de Gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por Sinistros cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este periodo. Al momento de originarse un Periodo al Descubierto de 30 (treinta) o más días naturales, el Asegurado Titular y los asegurados que estén incluidos en el registro de Asegurados de la Póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando Asegurados con la Compañía, cesando los efectos de la presente Póliza.

#### **1.32. Periodo de Gracia**

Plazo que la Compañía concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones e indicado en la Carátula de la Póliza, en caso de que proceda el pago en parcialidades, contado a partir de la fecha de vencimiento de la Prima que tiene a cargo el Contratante para liquidar el total de la Prima o alguna de sus fracciones, en caso de haberse pactado el pago de forma fraccionada. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Durante este periodo, el Asegurado gozará de las coberturas contratadas de la Póliza.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del Periodo de Gracia pactado si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o de la parcialidad pactada.

#### **1.33. Periodo de Hospitalización**

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

#### **1.34. Plan**

Paquete adquirido por el Contratante en el que se incluyen la cobertura básica, coberturas adicionales y/o Endosos elegidos para la Colectividad Asegurada en particular.

#### **1.35. Póliza**

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las Condiciones Generales y Particulares, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, los cuestionarios y declaraciones adicionales, los Endosos, los recibos de pago, las Cláusulas adicionales que se agreguen, los Consentimientos/Certificados Individuales que emita la Compañía, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía y donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

#### **1.36. Prima**

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

#### **1.37. Prima Neta**

Importe de la Prima antes de considerar el derecho de póliza y recargos por pago fraccionado.

#### **1.38. Reglamento**

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

#### **1.39. Reserva Matemática**

Para efectos del presente Contrato, consiste en la Prima Neta no devengada, neta de gastos de adquisición, calculada a la fecha de ocurrencia del evento.

#### **1.40. Siniestro**

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

#### **1.41. Subcolectividad**

Se refiere a una agrupación específica de la Colectividad Asegurable, cuyos integrantes comparten características comunes relevantes para la evaluación y administración del riesgo. Esta segmentación puede basarse en criterios como rangos de edad, tipo de cobertura contratada, perfil ocupacional, entre otros factores. La definición de Subcolectividad no constituye una práctica discriminatoria, sino una herramienta técnica para identificar y gestionar adecuadamente los riesgos compartidos por sus miembros, conforme a los principios actuariales y normativos aplicables.

#### **1.42. Suma Asegurada**

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

La Suma Asegurada podrá definirse como una cantidad fija o variable en función de la regla para determinarla solicitada por el Contratante y aceptada por la Compañía, misma que se especificará claramente en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento/Certificado individual.

#### **1.43. Unidad de Medida Actualizada (UMA)**

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

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

#### **1.44. Vigencia**

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

## 2. CONDICIONES PARTICULARES

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

Este Seguro permite proteger, bajo un mismo Consentimiento/Certificado Individual, al Asegurado Titular y a sus Dependientes Económicos, siempre que el Contratante haya especificado su inclusión al momento del llenado de la solicitud del seguro y esta inclusión haya sido aceptada por la Compañía, de conformidad con las condiciones y coberturas contratadas.

### 2.1. Cobertura Básica

#### 2.1.1 FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE (MUERTE ACCIDENTAL)

Si como consecuencia directa de un Accidente Cubierto sufrido por el Asegurado o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, sobreviniere la muerte, la Compañía pagará de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de Beneficiarios, el importe de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de que ocurra la Muerte Accidental simultánea de 2 (dos) o más Asegurados, en el caso de que estén amparados los Dependientes Económicos, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a cada uno, conforme a lo contratado para cada Asegurado.

Cuando esta cobertura ampare a los hijos del Asegurado Titular, cada uno estará cubierto hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada individualmente. Si alguno de los hijos es menor de 12 (doce) años, la Suma Asegurada se limitará a un máximo de 10 (diez) UMAs.

Una vez realizado el pago de la Indemnización correspondiente a esta cobertura a causa del fallecimiento del Asegurado Titular, las obligaciones de la Compañía respecto de la misma quedarán extinguidas. En caso de encontrarse amparados Dependientes Económicos, se restituirán las Primas Netas no devengadas de las coberturas contratadas y no ejercidas por cada uno de los Asegurados amparados, calculadas a partir de la fecha de cancelación del Consentimiento/Certificado Individual.

##### 2.1.1.1. EXCLUSIONES

**Accidentes que se originen por:**

1. Lesiones o muerte provocadas por el propio Asegurado hacia su persona.
2. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.
3. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.
4. Lesiones sufridas durante la práctica del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.
5. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.
6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una

aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.

7. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
8. Homicidio cuando se derive de la participación directa del Asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento de este o mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares impulsados por motor.
10. Las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, box, charrería, velideltismo, esquí, jockey, tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas de alto riesgo o profesionales igualmente peligrosas.
11. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
12. Lesiones sufridas por Culpa Grave del Asegurado estando en estado etílico, bajo los efectos de algún enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un Médico. Se entiende por estado etílico, la presencia de un nivel mayor a 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente.
13. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que es accidental.

## **2.2. Coberturas Adicionales (con costo)**

Las coberturas que aparecen en esta sección son opcionales y se podrán otorgar con el pago de una Prima adicional, únicamente podrán cubrirse siempre y cuando aparezcan expresamente señaladas como amparadas en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado correspondiente, **en caso de no aparecer indicadas, la Compañía no tendrá obligación alguna en cuanto a ellas para con el Contratante y/o Asegurado.**

En caso de Siniestro, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada estipulada en cada una de las coberturas adicionales contratadas con independencia de la cobertura básica.

### **2.2.1 GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE**

En caso de que el Asegurado fallezca a causa un Accidente Cubierto o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, durante la Vigencia establecida en la Carátula de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual, y siempre que ambos se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará a los Beneficiarios correspondientes la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual.

En caso de que mediante esta Cobertura se amparen a los hijos del Asegurado Titular, cada uno quedará



amparado por esta Cobertura hasta por el monto de Suma Asegurada contratada para cada uno de ellos. En caso de que los hijos del Asegurado Titular sean menores de 12 (doce) años el límite de Suma Asegurada corresponderá a 10 (diez) UMAs.

Al momento del pago de la indemnización de esta Cobertura por parte de la Compañía a causa del fallecimiento del Asegurado Titular, las obligaciones que derivan de ella quedarán extinguidas dándolo por cancelado. En caso de encontrarse amparados Dependientes Económicos, se restituirán las Primas Netas no devengadas de las coberturas contratadas y no ejercidas por cada uno de los Asegurados amparados, calculadas a partir de la fecha de cancelación del Consentimiento/Certificado Individual.

#### **2.2.1.1. EXCLUSIONES**

**Accidentes que se originen por:**

- 1. Lesiones o muerte provocadas por el propio Asegurado hacia su persona.**
- 2. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- 3. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- 4. Lesiones sufridas durante la práctica del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
- 5. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.**
- 6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- 7. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.**
- 8. Homicidio cuando se derive de la participación directa del Asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento de este o mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares impulsados por motor.**
- 10. Las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, box, charrería, esquí, jockey, tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas de alto riesgo o profesionales igualmente peligrosas.**
- 11. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- 12. Lesiones sufridas por Culpa Grave del Asegurado estando en estado etílico, bajo los efectos de algún enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un Médico. Se entiende por estado etílico, la presencia de un**

nivel mayor a 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente.

**13. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que es accidental.**

## 2.2.2 PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (TABLA DE INDEMNIZACIÓN ESCALA B)

En caso de que el Asegurado, amparado por esta Cobertura e indicado en el Consentimiento/Certificado Individual, sufriera Pérdidas Orgánicas a consecuencia de un Accidente Cubierto o dentro de los 90 (noventa) días posteriores a éste, siempre y cuando este Consentimiento/Certificado Individual, así como la Póliza correspondiente se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Sinistro, la Compañía pagará al propio Asegurado, el porcentaje de la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento/Certificado Individual de acuerdo con la "Tabla de indemnizaciones escala B" por la(s) Pérdida(s) Orgánica(s) sufrida(s).

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

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

La Compañía indemnizará una o más Pérdidas Orgánicas ocurridas exclusivamente a causa de uno o varios Accidentes Cubiertos ocurridos dentro de la Vigencia de la Póliza y Consentimiento/Certificado Individual, de acuerdo con los porcentajes de la tabla anterior hasta el tope de responsabilidad de la Compañía por esta Cobertura, misma que en ningún caso excederá el 100% de la Suma Asegurada contratada.

En caso de presentarse varias reclamaciones por esta Cobertura, siempre y cuando no se haya pagado previamente el 100% de la Suma Asegurada durante la Vigencia de la Póliza o Consentimiento/Certificado

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

Individual correspondiente, la responsabilidad de la Compañía se limitará al porcentaje que corresponda de la diferencia entre el 100% de la Suma Asegurada y el porcentaje previamente indemnizado.

Se entenderá por:

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

### **2.2.2.1. EXCLUSIONES**

**La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la pérdida orgánica se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:**

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

vuelos delta, espeleología, cacería, rapel, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica de cualquier Deporte Profesional o Deporte de Alto Riesgo.

11. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
12. Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis, psicosis, cualquier que fuesen las manifestaciones clínicas.
13. Lesiones o pérdidas orgánicas derivadas de un intento de suicidio aun cuando este sea cometido en estado de enajenación mental del Asegurado.
14. Lesiones sufridas por Culpa Grave del Asegurado a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de bebidas embriagantes con un nivel de alcoholemia mayor a 0.4 miligramos de etanol por litro de sangre [ml/l]), o bien por estar bajo los efectos de drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos excepto si estos fueron ingeridos por haber sido prescritos por un Médico.
15. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.
16. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos o sonambulismo.
17. Accidentes ocurridos antes del inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual o preexistencias.

### **2.2.3 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Siempre y cuando se encuentre esta cobertura como amparada en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada vigente para esta cobertura, al propio Asegurado, si durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual ocurre un Accidente Cubierto y el Asegurado es declarado en estado de Invalidez Total y Permanente dentro de los 180 (ciento ochenta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente Cubierto y como consecuencia del mismo, que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales y cuando se presuma que dicha imposibilidad sea de carácter permanente. Dicha invalidez deberá ser dictaminada como tal por una institución pública de salud o privada de salud, en donde tal dictamen sea emitido por un Médico con cedula profesional y certificación de especialidad en medicina del trabajo y esté soportado por estudios clínicos, de gabinete, exploración y vigilancia física, análisis y documentos que sirvan de base para determinar su invalidez, además de haber sido a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido dentro de la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez total y permanente: la pérdida de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y de un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

Se entenderá por pérdida de una mano, pérdida de un pie y pérdida de un ojo, lo estipulado a continuación:

- Pérdida de una mano: La anquilosis o su separación completa desde la articulación del puño arriba de ella.
- Pérdida de un pie: La anquilosis o su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- Pérdida de la vista de un ojo: La desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Para efectos de lo anterior se considera la pérdida total de la vista o, en su defecto, la declaración del Asegurado como legalmente ciego, cuando se cumpla uno de los siguientes dos criterios: agudeza visual de 20/200 o menos en el ojo que puede ver mejor (mientras usa anteojos correctivos o lentes de contacto) o campo visual de no más de 20 grados.

A efecto de decretar el estado de invalidez total y permanente, se requiere que ésta no sea susceptible de ser curada o subsanada utilizando los conocimientos médicos existentes a la fecha en que ocurrió el Siniestro, o que, de existir dicha posibilidad de cura, dichos tratamientos no están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

En caso de que la Compañía determine la improcedencia de la reclamación, lo hará con base en un dictamen emitido por un especialista en la materia.

#### **2.2.3.1. EXCLUSIONES**

**La Aseguradora en ningún caso será responsable al amparo de esta cobertura por cualquier invalidez derivada de:**

- 1. Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- 2. La práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- 3. Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- 4. Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- 5. Accidentes durante el ejercicio de funciones del Asegurado de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.**
- 6. Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- 7. Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.**
- 8. Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



## 9. La práctica de cualquier Deporte Profesional o Deporte de Alto Riesgo.

### 2.2.4 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Siempre que esta Cobertura esté indicada como amparada en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará 1 (una) Renta Diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado, como consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual de conformidad con el monto de Renta Diaria establecido en el Consentimiento/Certificado Individual.

El Asegurado estará amparado bajo esta Cobertura Adicional siempre que la Hospitalización:

- a) Sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida;
- b) Cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en el Consentimiento/Certificado Individual;
- y
- c) Se realice en un Hospital.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurrido el Periodo de Hospitalización, por lo que la indemnización o pago de la Renta Diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado una vez superado el Periodo de Hospitalización, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio indicado en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento/Certificado Individual. **La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso previo a alcanzar el Periodo de Hospitalización o por el lapso posterior al Periodo Máximo de Beneficio.**

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

#### 2.2.4.1 PERIODO MÁXIMO DE BENEFICIO

Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en caso de ser hospitalizado a causa de un Accidente Cubierto.

El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y será el especificado en el Consentimiento/Certificado Individual, solo para el caso de no aparecer indicado dentro del Consentimiento/Certificado Individual, el Periodo Máximo de Beneficio corresponderá a 30 (treinta) días, a partir de la fecha en que ocurrió la primera noche de Hospitalización y en caso de que ocurran Hospitalizaciones sucesivas.

**Asimismo, el número de Eventos cubiertos durante cada Vigencia anual está limitado a uno (1).**

#### 2.2.4.2 EXCLUSIONES

**La Compañía no pagará Indemnización alguna cuando la Hospitalización del Asegurado se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:**

1. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:
  - a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección; y
  - b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.



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

#### **2.2.5 INDEMNIZACIÓN DE GASTOS HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE**

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

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

**En virtud de lo anterior, no serán indemnizables por este Contrato de Seguro la muerte ni las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.**

Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado como consecuencia de un mismo Accidente Cubierto se considerarán como un solo Evento.

#### **2.2.5.1. MONTO MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN**

La cuantía de la indemnización se determinará de la siguiente forma:

- a. La Compañía cubrirá los Gastos Hospitalarios Cubiertos, siempre que sean médicamente necesarios para restablecer el estado de salud y/o salvaguardar la vida del Asegurado, hasta el límite de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
- b. En ningún caso la indemnización podrá exceder la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento/Certificado Individual, independientemente del total de gastos incurridos.

#### **2.2.5.2. DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA**

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

#### **2.2.5.3. GASTOS CUBIERTOS**

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

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

#### **2.2.5.4. OTROS SEGUROS**

Si al momento de la reclamación de la cobertura en esta Póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras Aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos hospitalarios cubiertos incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a la Compañía fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al Evento del cual solicite la indemnización.

Esta cláusula aplica exclusivamente a coberturas de indemnización y no afecta el derecho del Asegurado a recibir el pago de los gastos efectivamente incurridos conforme a lo estipulado en el Consentimiento/Certificado Individual.

La Compañía pagará, previa comprobación, los Gastos Médicos Cubiertos hasta por la Suma Asegurada de esta cobertura, durante un periodo máximo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días naturales contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la Suma Asegurada de esta cobertura o hasta agotar la Suma Asegurada o si el Asegurado recupera su estado de salud o vigor vital respecto al Accidente Cubierto, lo que ocurra primero.

**En los términos de esta Póliza, queda entendido que el Asegurado elige voluntariamente el Hospital, los Médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud a consecuencia del Accidente Cubierto, por lo que la Compañía no será responsable de cualquier práctica o atención médica por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral, o de cualquier otro tipo con motivo de dicha atención médica, ya que esta cobertura únicamente tiene por objeto indemnizar los gastos hospitalarios cubiertos que procedan para la atención del Accidente, por lo que no tiene relación alguna con los profesionales de la salud ni con los prestadores de servicios médicos.**

#### **2.2.5.5. EXCLUSIONES**

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

- 1. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue un Accidente para el Asegurado.**
- 2. Lesiones o Accidentes originados por radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**
- 3. Lesiones o Accidentes derivados de la participación directa del Asegurado como sujeto activo del delito, en actos delictivos de carácter intencional.**
- 4. Lesiones a consecuencia de la práctica de cualquier Deporte Profesional o Deporte de Alto Riesgo.**
- 5. Cualquier Accidente que ocurra cuando el Asegurado conduzca o aborde una motocicleta, motoneta, o vehículo de motor similar.**
- 6. Eventos ocurridos por la práctica de paracaidismo, alpinismo, charrería,**

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

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

medio de transportación, incluyendo, pero no limitado a aviones, vehículos acuáticos, camiones, trenes o automóviles, incluyendo cualquier intento de ataque o control, hecho por cualquier persona o personas.

13. Infecciones, con excepción de las que resulten de lesiones derivadas de Accidentes Cubiertos.
14. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos, de carácter preventivo, que no sean a consecuencia de un Accidente.
15. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables y que sean derivadas de un Accidente.
16. Tratamientos quiroprácticos, naturistas o de acupuntura.
17. Hernias o eventraciones.
18. Lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.
19. Lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.
20. Medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para Diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padezca infección oportunista, entendiéndose por ésta la infección que se deriva de la debilidad del sistema inmunológico para causar enfermedad, y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.
21. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.
22. Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulte necesarios a consecuencia de un Accidente.
23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.
24. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
25. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.



**26. Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**

**27. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**

**28. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**

### **2.3. Documentación en caso de Siniestro**

La documentación requerida para evaluar la procedencia del pago dependerá del tipo de cobertura y/o beneficio reclamado conforme a las coberturas contratadas. La Compañía podrá requerir:

- a) Certificado médico y acta de defunción del Asegurado.
- b) Identificación oficial vigente del Asegurado (solo si se cuenta con ella).
- c) Declaración del Beneficiario (una por cada Beneficiario, en formato proporcionado por la Compañía).
- d) Declaración del Médico que certificó la muerte.
- e) Identificación oficial vigente del Médico que certificó la muerte (solo si se cuenta con ella).
- f) Historia clínica del Asegurado.
- g) Copia certificada completa de la Carpeta de investigación del Ministerio Público, en caso de fallecimiento por accidente.
- h) Identificación oficial vigente, CURP, comprobante de domicilio (no mayor a tres meses) y carátula de estado de cuenta bancaria vigente (no mayor a tres meses) por cada Beneficiario o por el Asegurado, según corresponda.
- i) Acta de matrimonio, concubinato actualizada o documento que acredite sociedad en convivencia, si el Beneficiario es cónyuge, concubino o conviviente.
- j) Acta de nacimiento del Beneficiario, si es hijo del Asegurado.
- k) Original o copia del Consentimiento/Certificado Individual, si se cuenta con él.
- l) Factura y comprobante de pago de gastos funerarios, únicamente cuando el Asegurado fallecido sea menor de 12 años y se solicite el beneficio de Anticipo por Gastos Funerarios (cuando aplique).
- m) Dictamen y todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar Pérdida Orgánica (cuando aplique).
- n) Radiografías y su interpretación sobre la Pérdida Orgánica (cuando aplique).
- o) Estudios realizados para comprobación de la pérdida de la vista o la pérdida auditiva (cuando aplique).
- p) En caso de Hospitalización, documento emitido por el Hospital en dónde conste la fecha de ingreso, así como su egreso, en su caso (cuando aplique).
- q) Dictamen médico emitido por un profesional con cédula profesional y especialidad en medicina del trabajo, en el que se especifique el mecanismo del Accidente Cubierto que origine la Invalidez. Este dictamen podrá ser emitido por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado, o bien, en caso de no estar afiliado, por un Médico del sector público o privado que cumpla con dicha especialidad, o por la jurisdicción sanitaria correspondiente al lugar de residencia del Asegurado. En todos los casos, el dictamen deberá estar acompañado de los estudios médicos actualizados que acrediten la existencia de la invalidez por Accidente Cubierto (cuando aplique).
- r) Documentación oficial que acredite que el Asegurado incurrió en Gastos Hospitalarios Cubiertos derivados de un Accidente, mediante facturas o recibos (cuando aplique).

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



#### **2.4. Coberturas Adicionales Contratables mediante Endoso**

El Contratante podrá contratar, además de las coberturas previstas en la presente Póliza, coberturas adicionales que amplíen o modifiquen el alcance de la protección amparada, siempre que dichas coberturas se encuentren disponibles por parte de la Compañía y hayan sido expresamente convenidas mediante la emisión del Endoso correspondiente.

Dichas coberturas adicionales se registrarán por los términos, condiciones, Exclusiones, restricciones y Sumas Aseguradas establecidos en el Endoso respectivo, el cual formará parte integrante de la Póliza desde su incorporación, sin necesidad de que se mencione expresamente en la Carátula de la Póliza.

En caso de discrepancia entre lo dispuesto en las Condiciones Generales y lo establecido en el Endoso, prevalecerá lo dispuesto en este último, exclusivamente respecto de las coberturas contratadas mediante dicho Endoso.

### 3. CLÁUSULAS GENERALES

#### 3.1. CONTRATO DE SEGURO

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

#### 3.2. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía, se obliga a pagar a quien corresponda, las indemnizaciones correspondientes a las coberturas especificadas en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual en caso de su respectiva realización del riesgo cubierto, hasta por el importe de la Suma Asegurada indicada en la misma. El alcance de la cobertura será exclusivamente dentro de los términos y condiciones que se especifican en este Contrato de Seguro.

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

#### 3.3. LUGAR DE RESIDENCIA

Para efectos de este Contrato, solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan habitualmente en la República Mexicana o con extranjeros con la calidad legal de residentes y que tengan, por lo menos, 6 (seis) meses residiendo en el país, sin importar su nacionalidad. Se deberá notificar por escrito a la Compañía el lugar de residencia de los Asegurados dependientes que en su caso, hayan sido incluidos en la Póliza, cuando estos no vivan con el Asegurado Titular.

#### 3.4. RENOVACIÓN

Conforme al artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, la Institución podrá renovar los contratos de seguros colectivos cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante Endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, **siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las Primas que aplicarán en cada renovación. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de esta, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.**

#### 3.5. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Los Consentimientos/Certificados Individuales que se emitan al amparo de la presente Póliza mantendrán su Vigencia y se renovarán automáticamente por períodos iguales y sucesivos de seguro, conforme a la periodicidad indicada en cada Consentimiento/Certificado Individual, dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre que:

- I. La Póliza se encuentre vigente;
- II. El Asegurado continúe cumpliendo con los criterios de elegibilidad definidos en el Contrato de Seguro; y
- III. No se haya actualizado alguno de los supuestos de terminación, cancelación o pérdida de elegibilidad previstos en las presentes Condiciones Generales.

En ningún caso la renovación automática implicará extender la Vigencia más allá de la fecha de terminación de la Póliza.

En caso de que la Póliza termine, el Asegurado pierda su elegibilidad, o se pague la indemnización correspondiente bajo cualquiera de las coberturas contratadas, la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual cesará automáticamente en la misma fecha, sin necesidad de aviso previo adicional.

### **3.6. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA**

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Lo anterior en conformidad con el Artículo 25 de la Ley. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

### **3.7. MODIFICACIONES**

Cualquier modificación al presente Contrato de Seguro deberá realizarse por escrito en los términos del Artículo 19 de la Ley, la cual deberá ser previamente registrada ante la CNSF, de conformidad con lo establecido en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

**La Póliza y sus eventuales Endosos o cláusulas que sean emitidos por la Compañía, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones del presente Contrato de Seguro, por tanto, la Compañía no será responsable por declaraciones o documentos efectuados en otra forma.**

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

Ningún agente ni cualquier otra persona podrá cambiar o modificar en alguna de sus partes las presentes Condiciones Generales, Condiciones Particulares o Endosos correspondientes.

### **3.8. MONEDA**

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

### **3.9. PAGO DE LA PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA**

La Prima vencerá en el momento de la celebración del Contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro, el cual podrá ser menor o igual a un año.

La Prima podrá ser pagada en una sola exhibición o el Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la Prima, en cuyo caso las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al

inicio de cada periodo. En el supuesto de pago de Prima fraccionada, se podrá aplicar a la Prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado que tenga la Compañía vigente a la fecha de pago.

Salvo pacto en contrario consignado en la Carátula de la Póliza, el Contratante gozará de un Periodo de Gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidar el total de la Prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; **en caso de no ser cubierta la Prima dentro del plazo estipulado, los efectos del Contrato cesarán automáticamente.**

Durante el Periodo de Gracia, las Coberturas contratadas se mantendrán vigentes, sin embargo, en caso de Siniestro, la Compañía podrá reducir de la indemnización que proceda, el total de la Prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La Prima convenida podrá ser pagada por el Contratante mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuentas de fondos de pago electrónico y periodicidad que el Contratante haya seleccionado en la Solicitud de Seguro y queda bajo la responsabilidad de la Compañía, entregar al Contratante, acuse de recibo de la autorización otorgada para que se realice el cobro de la Prima a través de cargo a la tarjeta de crédito o débito. En el supuesto de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la Prima correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. **Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el Periodo de Gracia respectivo.**

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de Primas, en el caso en que la Prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la Prima respectiva, aun cuando la Compañía no haya entregado el recibo expedido por ésta respecto del pago de Prima correspondiente.

En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Coberturas Adicionales, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante o a los Asegurados, en su caso, la Prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente Prima según la forma de pago, cobrándose o devolviéndose dicha Prima en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha en que la Compañía haya recibido notificación por escrito del Contratante del movimiento en cuestión, a la cuenta bancaria que para tal efecto designe el Contratante.

La Prima correspondiente a cada uno de los nuevos integrantes de la Colectividad Asegurada se calculará conforme a lo registrado a la Nota Técnica.

### **3.10.EDAD**

Para los efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real del Asegurado la edad exacta en años enteros que tenga cumplida en la Fecha de Inicio Vigencia de esta Póliza o de su Consentimiento/Certificado Individual, así como a la fecha de la Renovación correspondiente.

Las edades de admisión fijadas por la Compañía serán las establecidas en el Anexo "Edades de aceptación y Cancelación" para cada una de las Coberturas contratadas, el cual formará parte de estas condiciones generales.

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

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagase una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- II. Si la Compañía hubiera entregado ya el importe de la protección contratada del seguro al descubrirse la inexactitud en la edad del Asegurado tendrá derecho a recobrar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las Primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si la inexactitud en la declaración de la edad es descubierta con posterioridad a la muerte del Asegurado, pero antes de que sea pagada la suma asegurada, la Institución estará obligada a pagar la suma asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

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

### **3.11. CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL PAGO DE LA PRIMA**

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

### **3.12. DIVIDENDOS**

El presente Contrato de Seguro no otorga dividendos.

### **3.13. BENEFICIARIOS**

Todo integrante de la Colectividad Asegurada podrá designar libremente a sus Beneficiarios, pudiendo cambiar dicha designación de Beneficiarios en cualquier momento, mediante notificación por escrito a la Compañía. El Asegurado podrá renunciar al derecho, si así lo desea, siempre que lo comunique por escrito a la Compañía, para su anotación correspondiente en el Consentimiento/Certificado Individual.

En caso de que el Asegurado no haya designado expresamente Beneficiarios, o su designación haya quedado sin efectos por cualquier causa legal, la Suma Asegurada se pagará conforme al siguiente



orden de prelación, al primero que se presente a reclamar y acredite fehacientemente dicho carácter conforme a la legislación aplicable.

Orden de prelación:

1. A su cónyuge o concubina(o) legalmente reconocida(o);
2. A falta de éste, a las hijas e hijos, en partes iguales;
3. A falta de los anteriores, a los padres del Asegurado, en partes iguales;
4. Y en ausencia de todas las personas antes indicadas, a su sucesión legal, conforme a lo establecido en el Código Civil Federal vigente aplicable.

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

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

Si sólo se hubiese designado un Beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe se pagará de acuerdo con el orden de prelación indicado anteriormente, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de Beneficiario.

Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no exista estipulación en contrario.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía, la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas 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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.**

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



### 3.14. CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

### 3.15. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente sin obligación posterior para la Compañía, de acuerdo con lo siguiente:

- a. Término del plazo de Vigencia señalada en la Carátula de la Póliza.
- b. Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza.
- c. Al no recibir la Prima correspondiente al término del Periodo de Gracia según lo estipulado en la cláusula de Prima de estas Condiciones Generales.

Además, respecto de cada Asegurado y/o Consentimiento/Certificado Individual, cesarán automáticamente:

- a. Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular.
- b. A solicitud del Contratante.
- c. Si el Asegurado Titular deja de pertenecer a la Colectividad Asegurada.
- d. Al término de la Vigencia especificada en el Consentimiento/Certificado Individual.
- e. Si cuando exista renovación de la Póliza, el Asegurado alcanza la edad de cancelación establecida en su caso para cada cobertura.
- f. Terminación de la Póliza.
- g. Pérdida de elegibilidad del Asegurado.
- h. Pago de la Indemnización correspondiente bajo cualquiera de las coberturas contratadas que así lo indiquen; o
- i. Cancelación del Consentimiento/Certificado Individual.

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

### 3.16. CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar la cancelación del seguro en cualquier momento, mediante escrito dirigido a la Compañía. Esta solicitud deberá presentarse:

- De forma física, en el domicilio de la Compañía, o
- Por Medios Electrónicos, a través de los canales autorizados por la Compañía para tal efecto y que se indican en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento/Certificado Individual, en el sitio web oficial de la Compañía [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx), o en cualquier otro documento contractual entregado al Contratante y/o Asegurado.

La solicitud deberá contener, como mínimo, los siguientes datos:

- Fecha de la solicitud.
- Nombre completo del Contratante y/o Asegurado.
- Número de Póliza o Consentimiento/Certificado Individual.
- Manifestación expresa de la voluntad de cancelar el seguro.
- Firma autógrafa o electrónica, según el medio utilizado.

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

- Medio de contacto para recibir la confirmación de la cancelación.

Una vez recibida la solicitud y verificada la identidad del solicitante, la Compañía emitirá un número de folio como constancia de la cancelación. En caso de presentación física, se entregará copia del escrito con sello de recepción; en caso de medios electrónicos, se enviará acuse de recibo con el folio asignado al medio de contacto proporcionado.

La cancelación será efectiva en la fecha en que la Compañía reciba el aviso de cancelación, o en la fecha futura que se indique expresamente en dicho aviso, lo que ocurra en último término.

Únicamente en los casos en que la Póliza haya sido pagada en su totalidad en un solo pago, la Compañía reembolsará, mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada por el solicitante, la parte de la Prima Neta no devengada correspondiente. Este reembolso se realizará en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la recepción del aviso de cancelación.

La Prima Neta no devengada será calculada en días exactos, considerando el periodo de cobertura no utilizado. La Compañía restituirá dicha Prima a quienes la hayan aportado, en la proporción que les corresponda, conforme a los registros de aportación de cada integrante de la Colectividad Asegurada.

En el caso de Pólizas con pago fraccionado, no procederá la devolución de Prima no devengada si el siguiente pago aún no ha sido cobrado por la Compañía. No obstante, una vez recibida la solicitud de cancelación, la Compañía inhibirá el cargo programado correspondiente a los pagos fraccionados futuros, evitando así cualquier cobro posterior.

Para efectos de esta cláusula, se entenderá como Prima Neta la cantidad pagada por el Contratante o el Asegurado, según corresponda, menos el porcentaje de gasto de adquisición correspondiente al Contrato de Seguro de acuerdo con la metodología de la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este Seguro.

### **3.17. DISPUTABILIDAD**

Este Contrato de Seguro, dentro de los 2 (dos) primeros años de Vigencia, será disputable por omisiones o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado. En caso de rehabilitación del Contrato o de un Consentimiento/Certificado Individual, el plazo se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

### **3.18. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS**

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

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

Lo previsto en esta cláusula, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 (treinta) días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad Asegurada.

### **3.19. SINIESTRO**

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, por escrito dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que tenga dicho conocimiento, salvo que el Asegurado incurriera en mora por caso fortuito o fuerza mayor, es ese tenor, el reclamante podrá cumplir con el aviso a la Compañía tan pronto como desaparezca el impedimento.

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

**Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado la Compañía.**

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

### **3.20. FRAUDE, DOLO O MALA FE**

**Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:**

- **Si el Asegurado o su representante, o ambos, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al Siniestro.**
- **Si con igual propósito no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación que acredite o esté relacionada con el procedimiento del Siniestro.**
- **Si el Asegurado o su representante, o ambos, presentan documentación apócrifa para que la Compañía, conozca las causas y consecuencias del Siniestro y/o se conduzcan con falsedad en sus declaraciones.**

### **3.21. ARBITRAJE**

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

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

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

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

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

### 3.22. PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a la Cobertura contratada en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dicha Cobertura. Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán a través de los medios acordados entre las partes.

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

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Contratante a reintegrar el pago a la Compañía.

### 3.23. AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA

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

### 3.24. PRUEBAS

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

### 3.25. COMUNICACIÓN

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

En todos los casos en que la dirección de la Compañía indicada en la Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual llegase a cambiar, la Compañía tendrá la obligación de hacerlo del conocimiento del Contratante y/o Asegurados.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberán informar por escrito a la Compañía sobre cualquier cambio de domicilio realizado durante la Vigencia de la Póliza y/o del Consentimiento/Certificado Individual, según corresponda. Las notificaciones y requerimientos que la Compañía envíe a cualquiera de ellos se dirigirán al último domicilio que hayan proporcionado por escrito o a través de los medios que la Compañía habilite para este fin y haga de su conocimiento.

### **3.26. REHABILITACIÓN**

No obstante lo dispuesto en la Cláusula de Primas, después de haber cesado los efectos de la Póliza de manera automática por falta de pago o a petición, el Contratante, salvo pacto en contrario indicado en la Carátula de la Póliza, podrá dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes, al último día del Periodo de Gracia señalado en dicha cláusula, pagar la Prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su Pago Fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado Periodo de Gracia y la hora y día en que surte efecto la Rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la Prima correspondiente al Periodo al Descubierto; es decir, el tiempo durante el cual cesaron los efectos de este conforme al Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente, dicho pago se realizará al Contratante a la cuenta bancaria designada para tal efecto.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la Rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Compañía para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

Se considerará como Periodo al Descubierto y por lo tanto la Compañía no estará obligada a cubrir cualquier Evento previsto en el Contrato de Seguro, aquel comprendido entre la fecha en la que la Póliza dejó de surtir los efectos por falta de pago del Contratante y la fecha de rehabilitación.

### **3.27. COMPETENCIA**

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Lo anterior, dentro del término de 2 (dos) años contados a partir que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.



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

**Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE):** Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348. Teléfono: 55 1103 7000. Correo: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com) Horarios de atención: lunes a jueves de 8:00 horas a las 17:00 horas y viernes de 8:00 horas a las 15:00 horas.

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):** Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Dirección de internet: [www.condusef.gob.mx](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

### 3.28. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El Contratante y/o Asegurado podrá realizar operaciones y servicios relacionados con el presente contrato, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa a: la Solicitud de Seguro, cuestionarios, la contratación misma del Seguro, pago de Primas, notificaciones, aviso de Siniestro, entre otros, haciendo uso de los Medios Electrónicos que la Compañía pone a su disposición, los cuales se encuentran regidos por los "Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos aplicables a Contratos de Seguros", mismos que podrá consultar en la página de Internet [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx); lo anterior con fundamento en el Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

### 3.29. COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA

Durante la Vigencia de la Póliza el Contratante y/o Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

### 3.30. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización correspondiente en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.



### **3.31. RESPONSABILIDAD FISCAL**

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

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

### **3.32. PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, tratándose de las coberturas de fallecimiento y 2 (dos) años en los demás casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de dicha ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía solamente suspende la prescripción.

### **3.33. AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

**En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, realice o se relacione con actividades ilícitas a que se refieren los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis y demás relativos del Código Penal, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de Ley sobre el Contrato de Seguro.**

**Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad es publicada en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo**

establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición trigésima novena, fracción VII disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

### **3.34. CAMBIO DE CONTRATANTE**

Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las 12 (doce) horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado al pago de la Prima, de manera proporcional, la Prima Neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese Contrato de Seguro, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento, reembolso que se efectuará dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la rescisión, a la cuenta bancaria que se designe para tal efecto.

## **4. ADMINISTRACIÓN**

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

Asimismo y conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; asimismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los clientes y/o Asegurados que formen parte de la Colectividad Asegurada de que se trate, y ponerlos a disposición de la Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se le requiera.

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

#### 4.1. DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

De conformidad con lo establecido por los Artículos 15 y 16 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- a. Comunicar el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada (Asegurados), así como, respecto de las coberturas de Muerte Accidental, recabar los consentimientos respectivos;
- b. Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- c. Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro;
- d. Recabar los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán;
- e. El Contratante sólo podrá solicitar ingresos a la Colectividad Asegurada de aquellas personas que cumplan con las características establecidas en la Carátula de la Póliza. **El Contrato de Seguro será nulo para dichos integrantes reportados por el Contratante que no cumplan dichas características, aún y cuando el Contratante les haya entregado el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente;** y
- f. Con previo convenio con la Aseguradora, el Contratante deberá hacer del conocimiento de los Asegurados la información del Consentimiento/Certificado Individual.

Lo anterior en el entendido de que, en caso de que el Contratante no haga del conocimiento la información del Certificado Individual a los Asegurados, éstos podrán solicitarlo directamente a la Compañía. En ese sentido, el Contratante expresamente se obliga a entregar a cada uno de los Asegurados una copia de las presentes Condiciones Generales y solicitar el acuse de recibo correspondiente.

Previo consentimiento expreso por escrito de parte del Asegurado, la Compañía, podrá entregar la documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el Contratante y/o Asegurado.

Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

#### 4.2. REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base a los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía formará un registro de asegurados, el cual deberá contener la siguiente información:

- I. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada;
- II. Suma Asegurada o Regla para determinarla;
- III. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación de este;

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

- IV. Operación y Plan de seguros de que se trate;
- V. Número de Consentimiento/Certificado Individual, y
- VI. Coberturas amparadas.

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

#### **4.3. MOVIMIENTO DE ASEGURADOS**

El Contratante debe reportar los movimientos de altas los cuales incluirán sus Consentimientos/Certificados Individuales respectivos, de baja y los de aumento o disminución de beneficios, así como cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico.

##### **a) Altas a la Colectividad Asegurada**

Conforme al artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas bajo las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

##### **b) Bajas en la Colectividad Asegurada**

Conforme al artículo 18 del Reglamento, las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Consentimiento/Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá, previa solicitud por escrito a la Compañía, la parte de la Prima Neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. La devolución correspondiente se realizará dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el Contratante designe para tal efecto.

El Contratante deberá comunicar por escrito a la Compañía los nombres de las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones.

#### **4.4. CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS INDIVIDUALES**

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

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

- a. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía.
- b. Firma del funcionario autorizado de la Compañía.
- c. Operación del seguro, número de la Póliza y el número de Consentimiento/Certificado Individual.
- d. Nombre del Contratante.
- e. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f. Fecha de Vigencia tanto de la Póliza como del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.
- g. Suma Asegurada o Regla para determinarla en cada beneficio.
- h. Designación de los Beneficiarios indicando su nombre y porcentaje asignado, así como, en su caso, el carácter de irrevocable de dicha designación.
- i. La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento.
- j. En el caso de los seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento.

##### **4.4.1. ENTREGA A LOS ASEGURADOS**

De acuerdo con lo indicado en el Artículo 16 fracción II del Reglamento, la Compañía previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar el Consentimiento/Certificado Individual de la siguiente forma:

- a. Proporcionando al Contratante los Consentimientos/Certificados Individuales para su entrega a los Asegurados.
- b. Estableciendo la obligación de Contratante de hacer del conocimiento y entrega a los Asegurados Titulares de dichos Consentimientos/Certificados Individuales, misma que corresponde a lo indicado en la fracción I del artículo 16 del Reglamento.

A pesar de lo anterior, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, de acuerdo con lo indicado en la cláusula de "Entrega de Documentación Contractual" de las presentes Condiciones Generales.

#### **4.5. ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

La Compañía entregará al Contratante y/o al Asegurado, toda la documentación contractual que les corresponda, dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la contratación del seguro (en caso de que el último día para la entrega de la documentación contractual sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente). Dicha documentación será proporcionada por escrito, como medio de entrega inicial, salvo que el Solicitante, Contratante o Asegurado otorgue consentimiento expreso para recibirla a través de un medio distinto que resulte más conveniente a sus intereses. Esta elección podrá ejercerse independientemente del canal de comercialización utilizado para la contratación del seguro.

##### **4.5.1. MEDIOS DE ENTREGA DISPONIBLES**

A. Contratación o consentimiento por medios electrónicos: Cuando la contratación o el consentimiento

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



para formar parte de la Colectividad Asegurada se haya realizado por medios electrónicos, la documentación contractual podrá entregarse a través de cualquiera de los siguientes medios:

1. **Enlace de descarga:** La Compañía enviará un enlace al correo electrónico del Contratante y/o Asegurado, donde podrán descargar y consultar de manera permanente la documentación contractual usando sus claves personales en la aplicación móvil habilitada por la Compañía. La descarga/consulta se registrará en los sistemas de la Compañía.
2. **Correo electrónico:** La documentación contractual se enviará a la dirección de correo electrónico proporcionada a la Compañía. La Compañía conservará el registro del envío y la confirmación de recepción del servidor de correo correspondiente.
3. **Portal de Clientes:** El Contratante y/o Asegurado podrá acceder a la documentación contractual a través del portal habilitado por la Compañía en Internet, ingresando con el usuario proporcionado al momento de la contratación y la contraseña generada por él mismo. La consulta o descarga quedará registrada en los sistemas de recolección de datos de la Compañía.
4. **Aplicación Móvil:** A través de la aplicación móvil habilitada por la Compañía, accesible mediante los Medios de Identificación disponibles, el Contratante y/o Asegurado podrá consultar y descargar de forma permanente la documentación contractual.

B. Contratación o consentimiento por medios distintos al electrónico:

Cuando la contratación o el consentimiento se haya realizado por medios distintos al electrónico, la entrega se realizará conforme al medio elegido por el Contratante y/o Asegurado en el formato de solicitud y/o Consentimiento/Certificado Individual. La documentación podrá entregarse:

- a. En formato físico.
- b. En formato electrónico (PDF (Portable Document Format) u otro equivalente), enviado al correo electrónico que para tales efectos haya sido proporcionado el Contratante y/o Asegurado.

El Contratante y/o Asegurado aceptan que los Medios Electrónicos y de Identificación, de conformidad con lo establecido en la cláusula "3.26. Uso de Medios Electrónicos" y de acuerdo con los Términos y Condiciones a los que alude dicha cláusula sustituyen la firma autógrafa, y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, en términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciban la documentación contractual de este seguro, podrán 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. Asimismo, en caso de que requiera un duplicado de la Póliza o Consentimiento/Certificado Individual, este se le entregará sin costo solicitándolo a través de los medios indicados en el presente párrafo.

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la Vigencia, el Contratante y/o Asegurado(s) podrán en cualquier momento solicitar que se le entregue la documentación de esta Póliza por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

## 5. MARCO NORMATIVO

### 5.1. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

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-de-privacidad/AV\\_Integral\\_para\\_Clientes\\_de\\_Prudential\\_Seguros\\_Mexico.pdf](https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf)

El Titular declara, que ha leído y entendido el Aviso de Privacidad de la Compañía y que, a través de las presentes, otorga su consentimiento expreso, facultando a la Sociedad a tratar sus datos personales, incluyendo los sensibles conforme al Aviso de Privacidad antes citado. Las Condiciones Generales de la Póliza que incluyen la descripción y las Exclusiones de las Coberturas, las puede consultar en cualquier momento en nuestra página [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx).

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

### 5.2. LIGA A CITA DE PERCEPTOS LEGALES.

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

### 5.3. INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS

Este Contrato de Seguro lo podrá consultar a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a través de la siguiente dirección electrónica [www.condusef.gob.mx](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 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”**

Muestra sin valor

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

## ANEXO DE EDADES DE ACEPTACIÓN Y CANCELACIÓN

Los límites de edad establecidos para la contratación de la presente oferta comercial corresponderán a los indicados en la siguiente tabla:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años
Gastos Funerarios por Accidente	__ años	__ años	__ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización Escala B)	__ años	__ años	__ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	__ años	__ años	__ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	__ años	__ años	__ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	__ años	__ años	__ años

**En caso de incluirse a los Dependientes Económicos, las edades de aceptación de cada uno corresponderán a los indicados a continuación:**

### a) Padres:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años
Gastos Funerarios por Accidente	__ años	__ años	__ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización Escala B)	__ años	__ años	__ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	__ años	__ años	__ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	__ años	__ años	__ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	__ años	__ años	__ años

### b) Cónyuges/Concubinarios:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años
Gastos Funerarios por Accidente	__ años	__ años	__ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización Escala B)	__ años	__ años	__ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	__ años	__ años	__ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	__ años	__ años	__ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	__ años	__ años	__ años

### c) Hijos:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

Gastos Funerarios por Accidente	___ años	___ años	___ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización Escala B)	___ años	___ años	___ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	___ años	___ años	___ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	___ años	___ años	___ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	___ años	___ años	___ años

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

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.**



## Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios.

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

1. A Solicitar a los Agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF.
3. A recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.
4. A 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 Asegurado 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 esta.
2. A una asesoría integral sobre su Siniestro por parte de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable 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 Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.

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: a [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: Av. 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](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 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***

**POR EL PRESENTE, DOY MI CONSENTIMIENTO EXPRESO Y DE LA MANERA MÁS AMPLIA PARA SER INCLUIDO COMO ASEGURADO DE LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO MENCIONADA, EMITIDA A NOMBRE DEL CONTRATANTE ABAJO INDICADO, DE ACUERDO CON EL ALTA EN EL REGISTRO DE ASEGURADOS.**

1. Datos de la Póliza					
Número de Póliza		Número de Consentimiento/Certificado Individual			
Fecha Inicio Vigencia de la Póliza	(dd/mm/aaaa)	Fecha Inicio Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual			(dd/mm/aaaa)
Fecha Fin Vigencia de la Póliza	(dd/mm/aaaa)	Fecha Fin Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual			(dd/mm/aaaa)
Fecha de emisión	(dd/mm/aaaa)	Forma de Pago			
Operación	Accidentes y Enfermedades	Moneda		Plazo de pago	
Prestación Laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Participación de utilidades/dividendos:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. Datos del Contratante					
Nombre completo, denominación o razón social					
3. Características del Seguro Contratado					
Monto o Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad (únicamente llenar en caso de aplicar)					
Subcolectividad					
4. Datos del Asegurado Titular					
Nombre completo					
Domicilio					
Fecha de nacimiento	(dd/mm/aaaa)	Edad Alcanzada		Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro
Correo electrónico				Teléfono	
<p>Acepto contribuir al pago de las primas, con la cantidad de \$ _____ con periodicidad _____, a efecto de participar en el costo de las coberturas solicitadas en este documento. Para todos los efectos que pueda tener este Consentimiento/Certificado Individual, hago constar que las declaraciones contenidas en él, las he hecho personalmente y son en todo verídicas.</p>					
5. Dependiente(s) Económico(s)					
<p>En caso de estar indicados como personas amparadas en la(s) cobertura(s) que a continuación se definan, el(los) Dependiente(s) Económico(s)* del Asegurado Titular estará(n) protegido(s), según lo establecido en la cláusula 1. "DEFINICIONES" de las Condiciones Generales del seguro, específicamente en la definición 1.16 sobre "Dependientes Económicos", y de conformidad con lo señalado en las mismas.</p> <p><i>*Definición contenida en el apartado "10.1. Condiciones Particulares" de este Consentimiento/Certificado Individual, para rápida consulta.</i></p>					
6. Coberturas Amparadas					
Cobertura	Personas Amparadas		Suma Asegurada o regla para determinarla	Prima del periodo con I.V.A.	
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*				
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes				

	Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
		<b>Prima total del periodo</b>	

En caso de aparecer como amparada la Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, el Periodo de Hospitalización es de \_\_\_\_\_ [horas/días] y el Periodo Máximo de Beneficio es de \_\_\_\_\_ días.

### 7. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios que haya designado, mediante notificación por escrito a la Compañía. En caso de no recibir dicha notificación oportunamente a través de los medios indicados en las Condiciones Generales de este seguro, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente de la que tenga conocimiento o de acuerdo con lo establecido en la cláusula "3.13. Beneficiarios" de las Condiciones Generales.

#### 7.1. 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.**

### 8. Aviso de Privacidad

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Los datos personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante "Prudential"), 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, quien será Responsable del tratamiento de sus datos personales. Le informamos que los datos personales recabados serán tratados para identificarle, registrarle y contactarle por distintos medios de comunicación, así como para realizar la evaluación del riesgo correspondiente y, en caso de que resulte aplicable, proceder con la formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio, para cumplir con las obligaciones exigibles en términos de las disposiciones legales que resulten aplicables. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral visite [https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV\\_Integral\\_para\\_Clientes\\_de\\_Prudential\\_Seguros\\_Mexico.pdf](https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf)

Manifiesto que fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de Prudential Seguros México, S.A. de C.V., por lo que autorizo el tratamiento de mis Datos Personales para los fines señalados en el mismo, incluyendo el intercambio de información para el cumplimiento del contrato de seguro. Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los datos personales proporcionados en esta solicitud, las finalidades de su tratamiento.

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

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

las características para formar parte del Grupo Asegurado.

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

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

**"Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

**"Artículo 19.-** En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características."

**"Artículo 20.-** Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento."

**"Artículo 21.-** La Aseguradora podrá renovar los contratos del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endosos a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del Contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas".

## 10. IMPORTANTE LEER

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

La Compañía deberá expedir y entregar en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de alta en el Grupo Asegurado de la Póliza, un Consentimiento/Certificado Individual para cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza y toda la documentación contractual correspondiente a este contrato de seguro. La entrega se realizará a través del medio seleccionado para tal efecto o conforme a lo establecido en las Condiciones Generales del Seguro. Previa celebración de un convenio con el Contratante, la Compañía podrá cumplir con esta obligación mediante alguna de las siguientes modalidades:

a) Proporcionando al Contratante los Consentimientos/Certificados Individuales de todos y cada uno de los Asegurados, así como toda la documentación contractual que corresponda al contrato de seguro, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Sin perjuicio de lo anterior, y sin que ello implique liberación alguna de la obligación de entrega por parte de la Compañía, el Asegurado podrá solicitar directamente a la Compañía, en cualquier momento, su Consentimiento/Certificado



Individual y la documentación contractual correspondiente, incluso si ya le hubiesen sido entregados previamente sin costo alguno. En tal caso, la Compañía deberá proporcionarlos en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de solicitud, utilizando el medio elegido por el Asegurado o conforme a lo indicado en las Condiciones Generales del Seguro. **Independientemente del medio de entrega, se invita al Asegurado a consultar las Condiciones Generales de su Consentimiento/Certificado Individual, donde podrá conocer las coberturas, exclusiones, limitaciones y restricciones del seguro contratado, disponibles en: [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx) o bien en <https://registros.condusef.gob.mx/recas>.**

#### 10.1. Condiciones Particulares

##### 1. *Dependientes Económicos*

Se consideran como Dependientes Económicos del Asegurado Titular a las siguientes personas y supuestos, siempre y cuando estén dentro de los límites de edad establecidos en este contrato de seguro:

- a. Asegurado Titular Soltero Sin Padres y Sin Hijos: Se considerará asegurado únicamente al Asegurado Titular de la Póliza. **No se proporcionará cobertura para otras personas.**
- b. Asegurado Titular Soltero (Viudo o Divorciado) Sin Hijos: Se considerarán sus padres.
- c. Asegurado Titular Soltero (Viudo o Divorciado) Con Hijos: Se considerarán hasta tres hijos de 0 (cero) meses de edad a 25 (veinticinco) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico. **Las coberturas de Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) y Gastos Funerarios por Accidente sólo podrán contratarse para Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad. En caso de que el Asegurado sea menor de 12 (doce) años de edad, las coberturas se limitarán a una Suma Asegurada máxima equivalente a 10 (diez) Unidades de Medida y Actualización (UMA) mensuales.**
- d. Asegurado Titular Casado o en Concubinato Legalmente Reconocido con Cónyuge Sin Hijos: Se considerará a su cónyuge o concubinario o conviviente.
- e. Asegurado Titular Casado o en Concubinato Legalmente Reconocido con Cónyuge Con Hijos: Se considerarán al cónyuge o concubinario o conviviente y hasta tres hijos de 0 (cero) meses de edad a 25 (veinticinco) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico. **Las coberturas de Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) y Gastos Funerarios por Accidente sólo podrán contratarse para Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad. En caso de que el Asegurado sea menor de 12 (doce) años de edad, las coberturas se limitarán a una Suma Asegurada máxima equivalente a 10 (diez) Unidades de Medida y Actualización (UMA) mensuales.**

Consideraciones adicionales: En los casos descritos en los incisos c), d) y e), también podrán considerarse como Dependientes Económicos los padres del Asegurado Titular, siempre que el Contratante haya solicitado expresamente su inclusión y la Compañía lo haya aceptado, lo cual deberá constar en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Cuando la cobertura ampare a los Dependientes Económicos del Asegurado Titular, esta inclusión deberá aparecer expresamente mencionada en este Consentimiento/Certificado Individual, especificando qué coberturas les aplican, de acuerdo con las coberturas contratadas.

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

Al término de la vigencia, el Consentimiento/Certificado Individual podrá renovarse conforme a los términos establecidos, con restablecimiento de las coberturas contratadas, salvo lo establecido en la cláusula "3.15. TERMINACIÓN DEL SEGURO" de las Condiciones Generales del seguro.



- **Comunicación.** – Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios o medios señalados en la Carátula de Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.

En todos los casos en que la dirección de la Compañía indicada en la Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual llegase a cambiar, la Compañía tendrá la obligación de hacerlo del conocimiento del Contratante y/o Asegurados.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberán informar por escrito a la Compañía sobre cualquier cambio de domicilio realizado durante la Vigencia de la Póliza y/o del Consentimiento/Certificado Individual, según corresponda. Las notificaciones y requerimientos que la Compañía envíe a cualquiera de ellos se dirigirán al último domicilio que hayan proporcionado por escrito o a través de los medios que la Compañía habilite para este fin y haga de su conocimiento.

- **Siniestro.** - Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, por escrito dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que tenga dicho conocimiento, salvo que el Asegurado incurriera en mora por caso fortuito o fuerza mayor, es ese tenor, el reclamante podrá cumplir con el aviso a la Compañía tan pronto como desaparezca el impedimento. **La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el Contratante y/o, el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del Siniestro. Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado la Compañía.** La Compañía tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

- **Competencia.** - En caso de controversia, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de 2 (dos) años contados a partir que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

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

**Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE):** Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, Downtown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348 Teléfono: 55 1103 7000 Correo: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com) Horarios de atención: lunes a jueves de 8:00 horas a las 17:00 horas y viernes de 8:00 horas a las 15:00 horas.

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):** Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Dirección de internet: [www.condusef.gob.mx](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

- **Indemnización por mora.** - En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e

información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización correspondiente en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

• **Prescripción.** - Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, tratándose de las coberturas de fallecimiento y 2 (dos) años en los demás casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de dicha ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía solamente suspende la prescripción.

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) 1103-7000. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](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 jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):** Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx). Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 En el territorio nacional: 800 999 8080.

**Cancelación del Consentimiento/Certificado Individual:** La cancelación del seguro podrá solicitarse a través de los siguientes medios, según el canal de contratación aplicable: Línea de atención telefónica: 55 1103-7000 | Correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) | Oficinas de atención al cliente de la Compañía | Plataforma digital del distribuidor autorizado, cuando la póliza haya sido contratada por dicho canal.

#### 11. Envío de documentación contractual

- ☐ Físicamente al momento del otorgamiento del consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado (cuando la contratación haya sido presencial).
- ☐ Por correo electrónico, a la dirección de correo electrónico proporcionado en este Consentimiento/Certificado Individual.
- ☐ Cualquier otro medio que la Compañía establezca y me sea informado por escrito y de forma anticipada a la inclusión del Grupo Asegurado.

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento expreso y solicito a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., para que cuando haya elegido la entrega de mi documentación contractual correspondiente al Contrato de Seguro a través de medios electrónicos, pueda hacerme entrega de dicha documentación, en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente.

Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales que se anexan y forman parte del Contrato de Seguro, en las cuales se establecen los límites y exclusiones que le aplican al mismo, que otorgo de manera expresa mi conformidad, y que acepto las obligaciones que las mismas imponen como solicitante del seguro.

Asimismo, manifiesto que se me hizo saber que con independencia del medio seleccionado para la entrega de la documentación contractual del seguro que realizará la Compañía o en su caso, el Contratante, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de alta para formar parte de la Colectividad Asegurada; puedo consultar en todo momento las coberturas, Exclusiones, limitantes y restricciones de este seguro, en las Condiciones Generales que también podré consultar en la página web: [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx) o bien en <https://registros.condusef.gob.mx/recas>.

#### 12. Uso de Medios Electrónicos y Firma Sustitutiva

Para efectos del Consentimiento/Certificado Individual, confirmo que fui informado que al realizar el proceso con medios electrónicos autorizados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., y según las Condiciones Generales del seguro, así como los Términos de Uso de Medios Electrónicos disponibles en [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx), cualquier firma

autógrafo se ha sustituido por medios electrónicos y digitales válidos, según el artículo 214 de la Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas y los capítulos 4.10 y 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, y los mecanismos de autenticación utilizados están legalmente validados.

Reconozco y acepto que, al celebrarse y aceptarse este Consentimiento/Certificado Individual mediante medios electrónicos, todas las firmas autógrafas de la documentación contractual del seguro se considerarán sustituidas por medio de autenticación electrónica, constituyendo una firma electrónica válida y evidencia de la aceptación del contenido y la contratación del seguro.

En testimonio de lo cual la Compañía firma el presente Póliza en: [LUGAR Y FECHA]

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

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

**Contacto****Reporte de siniestro:**

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

**Servicio a clientes:**

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

***“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***

## SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

### Formato de Designación de Beneficiarios

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

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Consentimiento/Certificado Individual: \_\_\_\_\_

#### Beneficiarios Designados

Nombre completo del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje	¿Es irrevocable? Sí o No
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

La suma de porcentajes debe ser 100%. En caso de fallecimiento de un beneficiario, su porcentaje se distribuirá proporcionalmente entre los demás designados.

Importante: Este formato y las firmas aquí contenidas serán sustituidos cuando la designación, sustitución o revocación de beneficiarios se realice por medios electrónicos autorizados por la Compañía, conforme a lo establecido en las condiciones generales del seguro. Consulta de condiciones generales: [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

#### Advertencia

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

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

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

Fecha de designación, sustitución y/o revocación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Con esta designación, se dejan sin efecto todas las anteriores.)

**Firma del Asegurado:** \_\_\_\_\_

**Firma de los Beneficiarios Irrevocables (si aplica):** \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

**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 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.**



## *ENDOSO DE AUTOADMINISTRACIÓN DE CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS INDIVIDUALES.*

No. Póliza:

Nombre del Contratante:

La Compañía previo convenio con el Contratante podrá pactar que la administración de la Póliza cuyo número aparece en el encabezado del presente endoso, será llevada por el Contratante del seguro estableciendo que la Compañía tendrá acceso a la información correspondiente, a efecto de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el reglamento.

Por lo anterior expresamente se hace constar que la administración de la Póliza será llevada a cabo bajo el esquema de autoadministración, mediante el cual el Contratante, asume la responsabilidad de contar con el Consentimiento/Certificado Individual para ser Asegurado suscrito por cada uno de los integrantes, previo a su incorporación a la Colectividad Asegurada, documento con el que se deberá contar previo a la celebración del contrato de seguro; y en su caso con el correspondiente a las personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro o que hayan dado su consentimiento para ser Asegurado después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo.

El Consentimiento/Certificado Individual al que se ha hecho referencia en el párrafo que antecede, será elaborado en los formatos que al efecto proporcione la Compañía al Contratante

El Contratante archivará en el expediente personal del Asegurado, el original del Consentimiento/Certificado Individual para ser Asegurado firmado por el propio Asegurado, obligándose a conservar y mantener en custodia el expediente de identificación del Asegurado, el Consentimiento/Certificado Individual.

La entrega de los certificados será llevada a cabo mediante la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados la información referida en la cláusula de Consentimientos/Certificados Individuales, de las presentes condiciones generales.

El Contratante se responsabilizará de la custodia y manejo de los documentos de Consentimiento/Certificado Individual, obligándose a sacar en paz y a salvo a la Compañía de cualquier eventual reclamación que se le presente por terceras personas, una vez efectuado el pago a los últimos beneficiarios que le hayan sido reportados a ésta.

La Compañía tendrá acceso en todo tiempo y lugar a la información de los documentos de Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado y, última designación de beneficiarios emitida por cada Asegurado, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo dispuesto tanto por el reglamento, como por los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y dicho reglamento.

El costo de todos los movimientos efectuados durante la Vigencia de la Póliza será acumulados y cobrados al final de la Vigencia de la Póliza, con excepción de altas o bajas que sean solicitadas a inicio de Vigencia, las cuales si generarán cobro o devolución de primas según sea el caso.

El Contratante se obliga a enviar al término de la Vigencia de la Póliza el registro de Asegurados actualizado, a fin de calcular la prima de ajuste anual de movimientos que se describe a continuación:

- a) Se considerará que los movimientos de Asegurados se dieron uniformemente durante la Vigencia.
- b) Se calculará la cuota promedio de la Póliza, es decir, la que resulte de dividir la prima total anual sin recargos, en caso de existir, entre la Suma Asegurada total.
- c) El cobro o devolución se calculará restando las bajas o sumando las altas con la Prima promedio al 50%.

El sistema de autoadministración podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, mediante notificación escrita que una haga a la otra con 30 (treinta) días naturales de anticipación, tiempo en el cual el Contratante hará entrega a la Compañía de los documentos de Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado y, última designación de beneficiarios emitida por cada Asegurado, documentos e información inherente y necesarios para el cambio de esquema de administración.

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

El presente endoso complementa las Condiciones Generales del producto, salvo lo establecido en el presente endoso, los demás términos y condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

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

En testimonio de lo cual la Compañía firma el presente endoso en: [LUGAR Y FECHA]

#### Contacto

##### Reporte de siniestro:

[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)  
m y/o teléfono de atención (55) 1103-7000

##### Servicio a clientes:

[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)  
.com y/o teléfono de atención (55) 1103-7000

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de**

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

***Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***

Muestra sin valor

Endoso No. 

## DATOS DE LA PÓLIZA

Nombre del Contratante			
Nombre del Asegurado			
Nombre del Seguro		Número de Póliza	

Por medio del presente endoso, se hace constar que la última designación de beneficiarios del Consentimiento/Certificado Individual no. \_\_\_\_\_ es la siguiente:

Nombre completo del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje	Irrevocable Sí o No
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			

Si designa beneficiarios irrevocables, deberá enviar a la Compañía, al momento de la solicitud a través del correo electrónico [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com): copia de su identificación oficial vigente, copia de la identificación oficial vigente de los beneficiarios irrevocables y un escrito libre firmado autógrafamente por ellos, en el que acepten ser beneficiarios irrevocables. Si los beneficiarios irrevocables son menores de edad, se deberá presentar su acta de nacimiento y CURP e identificación de los padres o tutores legales, así como la firma de estos últimos.

**“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”.**

Este endoso complementa o modifica las Condiciones Generales del contrato de seguro, todos los demás términos y condiciones del contrato de seguro permanecen sin cambios.

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

Si el contenido de este endoso no concorda con lo ofertado, el Contratante y/o Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales que sigan al día en que reciba el presente endoso. Trascurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones o modificaciones contenidas en el presente endoso.

---

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

En testimonio de lo cual la Compañía firma el presente endoso en: [LUGAR Y FECHA]

**Contacto**

**Reporte de siniestro:**

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionacientes.mex@prudential.com](mailto:atencionacientes.mex@prudential.com)

**Servicio a clientes:** [Teléfono/Correo]:

55 1103 7000  
[atencionacientes.mex@prudential.com](mailto:atencionacientes.mex@prudential.com)

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: a [atencionacientes.mex@prudential.com](mailto:atencionacientes.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: Av. 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](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 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***



Endoso No. 

## DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL CONTRATANTE	
NO. DE PÓLIZA	

La Aseguradora y el Contratante convienen en emitir el presente endoso a efectos de modificar la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual número \_\_\_\_\_, en los siguientes términos:

**COBERTURA FAMILIAR: A PRIMER RIESGO**

Las coberturas que se otorguen bajo un esquema de cobertura familiar a primer riesgo estarán limitadas al primer evento, lo cual significa que:

1. La suma asegurada establecida para cada cobertura es única y compartida entre todos los Asegurados del Consentimiento/Certificado Individual.
2. Una vez ejercida y pagada la Suma Asegurada correspondiente a una cobertura específica, dicha cobertura se considerará agotada para el resto del periodo de vigencia, aun cuando posteriormente otro Asegurado sufra un evento similar.
3. Si los Dependientes Económicos se encuentran amparados por la cobertura de Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) y en caso de muerte simultánea de dos o más Asegurados, se pagará únicamente la indemnización que corresponda de acuerdo con las siguientes casuísticas:
  - a. En caso de la muerte simultánea del Asegurado Titular y alguno de sus Dependientes Económicos, se considerará que falleció primero el Asegurado Titular, por lo cual la Compañía pagará la indemnización que corresponda a los Beneficiarios designados por el Asegurado Titular.
  - b. En caso de la muerte simultánea del Cónyuge y del/los Hijo(s) del Asegurado Titular o del Cónyuge y el/los Padres del Asegurado Titular, se considerará que falleció primero el Cónyuge.
  - c. En caso de la muerte simultánea del/los Hijos y el/los Padre(s) del Asegurado Titular, se considerará el primer fallecimiento registrado.
  - d. En caso de la muerte simultánea de los Hijos del Asegurado Titular, se considerará el primer fallecimiento reclamado.
  - e. En caso de la muerte simultánea de los Padres del Asegurado Titular, se considerará el primer fallecimiento reclamado.
4. En caso de verse afectada la cobertura básica de Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) para cualquiera de los Asegurados, se dará por cancelado el Consentimiento/Certificado Individual y no procederá la devolución de la Prima Neta no devengada por esta cobertura para el resto de los Asegurados. Sin embargo, podrán solicitar por escrito a la Compañía, la devolución de la Prima Neta No Devengada de las coberturas no ejercidas.
5. Al renovarse la Póliza, así como los Consentimientos/Certificados Individuales, las coberturas se restablecerán conforme a lo contratado para la nueva vigencia, excepto en los supuestos en que la muerte del Asegurado Titular haya dado lugar a la terminación del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, en cuyo caso no procederá su renovación.

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

El presente endoso complementa las Condiciones Generales del producto, salvo lo establecido en el presente endoso, los demás términos y condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

---

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

En testimonio de lo cual la Compañía firma el presente endoso en: [LUGAR Y FECHA]

**Contacto****Reporte de siniestro:**

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

**Servicio a clientes:**

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

***“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***

Endoso No. 

## DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL CONTRATANTE	
NO. DE PÓLIZA	

La Aseguradora y el Contratante convienen en emitir el presente endoso a efectos de modificar la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual número \_\_\_\_\_, en los siguientes términos:

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

El presente endoso complementa las Condiciones Generales del producto, salvo lo establecido en el presente endoso, los demás términos y condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

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

En testimonio de lo cual la Compañía firma el presente endoso en: [LUGAR Y FECHA]

## Contacto

## Reporte de siniestro:

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionaclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionaclientes.mex@prudential.com)

## Servicio a clientes:

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionaclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionaclientes.mex@prudential.com)

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”**

Endoso No. 

## ENDOSO EDADES DE ACEPTACIÓN, RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN

DATOS DEL CONTRATANTE	
NOMBRE DEL CONTRATANTE	
NO. DE PÓLIZA	

La Aseguradora y el Contratante convienen en emitir el presente endoso a efectos de modificar la póliza número \_\_\_\_\_, en los siguientes términos:

Los límites de edad establecidos para la contratación de la presente oferta comercial corresponderán a los indicados en la siguiente tabla:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	___ años	___ años	___ años
Gastos Funerarios por Accidente	___ años	___ años	___ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización Escala B)	___ años	___ años	___ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	___ años	___ años	___ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	___ años	___ años	___ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	___ años	___ años	___ años

**En caso de incluirse a los Dependientes Económicos, las edades de aceptación de cada uno corresponderán a los indicados a continuación:**

**a) Padres:**

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	___ años	___ años	___ años
Gastos Funerarios por Accidente	___ años	___ años	___ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización Escala B)	___ años	___ años	___ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	___ años	___ años	___ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	___ años	___ años	___ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	___ años	___ años	___ años

**b) Cónyuges/Concubenarios:**

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	___ años	___ años	___ años

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

Gastos Funerarios por Accidente	__ años	__ años	__ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización Escala B)	__ años	__ años	__ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	__ años	__ años	__ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	__ años	__ años	__ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	__ años	__ años	__ años

### c) Hijos:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años
Gastos Funerarios por Accidente	__ años	__ años	__ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización Escala B)	__ años	__ años	__ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	__ años	__ años	__ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	__ años	__ años	__ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	__ años	__ años	__ años

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

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

El presente endoso complementa las Condiciones Generales del producto, salvo lo establecido en el presente endoso, los demás términos y condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

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

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

En testimonio de lo cual la Compañía firma el presente endoso en: [LUGAR Y FECHA]

#### Contacto

##### Reporte de siniestro:

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

##### Servicio a clientes:

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

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

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



***“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 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***

**DATOS DEL CONTRATANTE**

<b>NOMBRE DEL CONTRATANTE</b>	
<b>NO. DE PÓLIZA</b>	

La Aseguradora y el Contratante convienen en emitir el presente endoso a efectos de modificar la póliza número \_\_\_\_\_, en los siguientes términos:

Por medio del presente endoso se hace constar que se concede un período de gracia de XX días naturales a partir de la fecha de vencimiento de cada recibo de pago. Durante este período, el Contratante tendrá derecho a efectuar el pago correspondiente sin que cesen los efectos del contrato de seguro.

El presente endoso complementa las Condiciones Generales del producto, salvo lo establecido en el presente endoso, los demás términos y condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

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

En testimonio de lo cual la Compañía firma el presente endoso en: [LUGAR Y FECHA]

**Contacto****Reporte de siniestro:**

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

**Servicio a clientes:**

[Teléfono/Correo]: 55 1103 70000  
[atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com)

[www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

***“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0368-2025/CONDUSEF-007034-01.”***