

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA  
PERSONALIZA PRU**

**IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud.** Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la omisión, falsedad o inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado y/o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

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

\*Esta solicitud deberá ser contestada en su totalidad con tinta negra, indeleble y sin tachaduras ni enmendaduras.

NO. DE SOLICITUD			
Número de Solicitud		Fecha de Solicitud	
1. Datos generales del Solicitante			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)			
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Fecha de nacimiento	
País de nacimiento		Estado de Nacimiento	
Nacionalidad		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	
RFC (con Homoclave)		CURP	
¿Cuenta con e.firma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		e.firma (Certificado Digital)	
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Vigencia	
Domicilio de residencia (Calle y Números Exterior e Interior)			
Colonia			
Alcaldía/Municipio	Estado	Código Postal	
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio (describa a detalle sus labores actuales)			

Nombre de la empresa donde labora		Ingreso anual por ocupación \$
Giro de la empresa donde labora		
Domicilio de la empresa donde labora		
Declare el origen de los recursos con los que pagará la póliza		
¿Cuenta con Ingresos anuales adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Anualmente ascienden a \$ _____
Especifique el origen de los ingresos anuales adicionales		
¿Desempeña o han desempeñado (en los últimos 12 meses) usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre(s) y apellidos _____		
En caso de que por un error involuntario en el llenado de esta sección exista una discrepancia contra los documentos oficiales proporcionados, acepto que los datos se modifiquen a lo establecido en mis documentos oficiales para la emisión de mi póliza.		

¿El solicitante y el contratante es la misma persona?  Sí  No

¿Actúa por cuenta propia?  Sí  No

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

## 2. Datos generales del Contratante

Llenar sólo si el Contratante y Solicitante son distintas personas.	
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Relación con el solicitante (especifique)	
Apellido Paterno, Materno, Nombre o Razón Social	
Nacionalidad	RFC (con Homoclave)
¿Cuenta con e.firma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e.firma (Certificado Digital)
Domicilio de residencia (Calle y Números Exterior e Interior)	Colonia

Alcaldía / Municipio	Estado	Código Postal
Teléfono casa	Teléfono trabajo	Teléfono celular / Celular del Representante Legal
Correo Electrónico / Correo Electrónico del Representante Legal		

¿Actúa por cuenta propia?  Sí  No

**Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Física**

Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	País de Nacimiento
Estado de Nacimiento	CURP	
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Vigencia
Nombre y giro de la empresa donde labora		
Ocupación	Ingreso anual por ocupación \$ Pesos	
Domicilio de la empresa/lugar donde labora (calle, número, colonia, ciudad, estado y código postal)		
¿Cuenta con ingresos adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anualmente ascienden a \$ _____	
Especifique el origen de los ingresos adicionales		
Declare el origen de los recursos con los que pagará la póliza		
¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre y Apellidos		
Llenar los siguientes datos en caso de ser extranjero, ser Ciudadano o Residente fiscal en el extranjero Domicilio (Calle, número exterior, número interior, ciudad, estado, país, código postal)		
_____ _____		

En caso de que por un error involuntario en el llenado de esta sección exista una discrepancia contra los documentos oficiales proporcionados, acepto que los datos se modifiquen a lo establecido en mis documentos oficiales para la emisión de mi póliza.

**Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Moral**

Folio Mercantil	Fecha de Constitución	Actividad o Giro
Ingreso anual \$		Pesos
¿Cuenta con ingresos adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Anualmente ascienden a \$ _____
Especifique el origen de los ingresos adicionales		
Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuges(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre y Apellidos		
_____		
_____		

**Datos del Representante Legal**

Nombre Completo		
Tipo de identificación	Número de identificación	Vigencia de la identificación

¿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?  Sí  No

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

**3. Las siguientes sólo deberán ser llenadas por el Contratante Persona Física, en caso de tratarse de Persona Moral, se deberá llenar un formato adicional proporcionado por la Compañía**

El Gobierno de su país podría celebrar un acuerdo para compartir información fiscal con las autoridades de otras jurisdicciones. A continuación, solicitaremos su residencia y número de identificación fiscal (si procede) y registraremos esta información en nuestras bases de datos, pero solamente revelaremos esta información a las autoridades fiscales pertinentes (certificadas y autorizadas para ello), siempre y cuando ésta sea requerida bajo la regulación de su país y convenio internacional adscrito con México.

Si usted tiene alguna duda sobre cómo llenar las preguntas siguientes, se recomienda que hable con su asesor fiscal o jurídico.

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

Sí  No

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

2. Si respondió "Sí" a la pregunta uno, por favor agregue en la tabla de abajo el país o países donde usted tiene responsabilidad fiscal, agregando también el Número de Identificación Fiscal correspondiente (Tax Identification Number – TIN). En caso de no contar con el Número de Identificación Fiscal, por favor proporcione la razón (opciones A, B o C) como se indica abajo.

- A. El país donde el contratante tiene obligaciones fiscales no emite Número de Identificación Fiscal a sus residentes
- B. El contratante no tiene posibilidad de obtener el Número de Identificación Fiscal (por favor, explique por qué no le es posible obtener dicho número en la tabla de abajo).
- C. Seleccione esta opción si las autoridades del país donde tiene obligaciones fiscales por regulación local no requiere que el Número de Identificación Fiscal sea revelado.

País / países donde tiene responsabilidad fiscal	Número de Identificación fiscal (TIN)	Si el TIN no está disponible, seleccione la opción A, B o C	
		Razón	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		Razón	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		Razón	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
		Razón	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

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

## 4. Información del seguro a contratar

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

MONEDA  UDI

FRECUENCIA  ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  MENSUAL

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

Término máximo para el pago de prima anual o de cada una de las fracciones correspondientes, en caso de pago fraccionado, será de 30 días naturales. **Si la prima o cualquiera de sus fracciones no se pagan dentro del plazo convenido, se procederá de acuerdo a lo indicado en la cláusula “2.29 Prima” de las Condiciones Generales.**

**IMPORTANTE:** La contratación de las coberturas adicionales es opcional, mediante el pago de la prima correspondiente.

Nombre de la Cobertura	Suma Asegurada	Plazo de Cobertura	Plazo de Pago de Primas

## 5. Designación de Beneficiarios

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

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

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

La representación legal de los menores corresponde:

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

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

**formalidades y limitaciones establecidas por la ley.****Beneficiarios**

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

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

**6. Historial de Seguros**

¿Tiene Seguros de Vida Individual en vigor con Prudential Seguros México o con otras compañías de seguros?

 Sí  No

Sólo considerar los contratados de forma particular, no los seguros derivados de algún crédito o aquéllos que fueron contratados en forma grupal como prestación laboral. En caso de tener otros Seguros de Vida en vigor favor de indicar:

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

¿Está solicitando actualmente un Seguro de Vida adicional a esta solicitud con Prudential Seguros México o con otras compañías de Seguros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo indique lo siguiente:			
Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda
<b>7. Cuestionario Médico y de Actividades</b>			
1. Peso y Estatura	_____ kilogramos _____ metros		
2. ¿Ha fumado durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clase (pipa, puro, cigarrillo o similares) _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (diario, semana, mes o año)		
3. ¿Consume bebidas que contienen alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (diario, semana, mes o año)		
4. Indique si se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a cardiopatía isquémica, cirugía valvular, cuestionario de soplo cardiaco, diabetes mellitus y/o enfermedades tiroideas.		
a. Problemas cardiacos (presión alta, ataque cardiaco o infarto, angina de pecho, soplos o enfermedades de las válvulas cardiacas), diabetes mellitus, prediabetes, azúcar alta y/o enfermedades tiroideas (hipo o hipertiroidismo, etc.)			
b. Tumores benignos o malignos (cáncer), melanoma, leucemia y/o linfoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a tumores malignos, benignos, linfoma de hodgkin/linfoma no hodgkin y/o leucemia		
c. Enfermedades respiratorias (como asma, tuberculosis, bronquitis crónica, enfisema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a enfermedades pulmonares		
d. SIDA, resultados positivos en la prueba de HIV y/o enfermedades de transmisión sexual (como gonorrea, sífilis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico		
5. Indique si en los últimos 10 años se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a epilepsia y/o de salud mental.		
a. Enfermedades del sistema nervioso (derrame, embolia o infarto cerebral, epilepsia, desmayos frecuentes, Alzheimer) y/o enfermedades mentales			

(como depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.)	
b. Enfermedades de columna (como hernias de disco, desviaciones, etc.) problemas en las articulaciones (como artritis, etc.) y/o enfermedades reumáticas (como lupus, artritis reumatoide, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a Padecimientos de Columna y/o informe médico
c. Enfermedades digestivas (como úlceras, sangrado en el estómago, etc.) y/o enfermedades del hígado (como hepatitis B, hepatitis C, cirrosis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico.
6. Indique si en los últimos 5 años se le han diagnosticado o ha sido tratado por: a. Enfermedades de los riñones o en las vías urinarias (como cálculos, insuficiencia renal, sangre o proteína en la orina, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico.
b. ¿Colesterol y/o triglicéridos elevados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, autorizar se le practiquen exámenes médicos.
7. ¿Tiene algún defecto auditivo o de la vista? (No considerar miopía, astigmatismo o hipermetropía)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico
8. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad o padecimiento congénito que no haya declarado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor de proporcionar los detalles solicitados en la siguiente sección:

Número de pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de diagnóstico
Duración de la enfermedad	Secuelas	Estado de salud actual	

Número de pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de diagnóstico
Duración de la enfermedad	Secuelas	Estado de salud actual	

--	--	--

<p>9. Si la Solicitante es mujer, ¿está embarazada? ¿Ha tenido complicaciones?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    Semana de gestación _____                  Complicación _____                  _____</p>
<p>10. ¿Le falta alguna extremidad o parte de esta (mano, brazo, pierna, pie, dedo pulgar, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No                  Extremidad _____                  Fecha de pérdida de la extremidad _____                  ¿Qué lado? (Derecho/izquierdo) _____                  Motivo de pérdida _____                  _____</p>
<p>11. En caso de ser requerido, ¿Autoriza se le practiquen exámenes médicos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>
<p>12. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Motivo _____                  _____                  Cirugía _____                  _____                  Fecha _____                  Estado de salud actual _____                  _____</p>
<p>13. ¿Ha hecho uso de alguna droga o estimulante?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No                  En caso afirmativo, llenar el cuestionario de uso de drogas psicoactivas</p>
<p>14. ¿Está expuesto a armas de fuego, explosivos, herramientas punzocortantes, maquinaria pesada, trabajo en alturas, manejo de alta tensión, sustancias químicas o peligrosas y/o radiaciones?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No                  Expuesto a: _____                  _____                  En caso afirmativo, llenar cuestionario de ocupación</p>
<p>15. ¿Actualmente practica algún deporte como artes marciales, boxeo, lucha, carreras de autos, motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo ala delta, esquí agua o nieve, tauromaquia, charrería, rafting o cualquier otro similar?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No                  En caso afirmativo, llenar el cuestionario correspondiente.</p>
<p>16. ¿Actualmente utiliza motocicleta?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No                  Motivo: _____                  _____                  Frecuencia: (día, semana, mes) _____</p>

<p>17. ¿Pilotea o desempeña actividades aéreas como miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave? Por ejemplo: avión, planeador o cualquier otro similar.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación</p>
<p>18. ¿Viaja a bordo de cualquier aeronave privada? Se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí      <input type="checkbox"/> No Frecuencia: _____ Tipo de aeronave: _____ _____ Horas anuales: _____ _____ Tipo de viaje: _____ _____ Destino(s) principal(es): _____ _____</p>

**8. Para ser llenado por el Solicitante/Contratante**

¿Canceló anticipadamente, rescató u obtuvo un préstamo de otra póliza de seguro para obtener los fondos con los que planea pagar la prima de la póliza que está solicitando contratar?     Sí       No

En caso afirmativo, favor de indicar si su agente de seguros le explicó las implicaciones asociadas:  Sí     No

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

---



---



---

**9. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)**

Para ser llenado por el Agente de Seguros

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

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

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

**Cotejo.** Declaro que todas las copias simples de los documentos entregados fueron cotejadas con los documentos originales correspondientes que se tuvieron a la vista de manera presencial y son legibles.

¿Desea manifestar algún hecho respecto al Contratante/Solicitante?

---



---

	Nombre	Clave	%
Agente de seguros 1			
Agente de seguros 2			





## 11. Aviso de Privacidad

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

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

Le informamos que sus datos personales serán utilizados para la operación de nuestros productos y/o servicios, evaluar sus necesidades de protección, emisión de contratos de seguro, realizar investigaciones relacionadas con la oferta, contratación y administración de nuestros productos y/o servicios, analizar internamente y/o por conducto de terceros evaluaciones de riesgo inherente, procesamiento de solicitudes y su administración, así como la emisión, envío y activación de pólizas, realizar gestiones y trámites relacionados con sus solicitudes de servicio, aclaraciones, reclamaciones o quejas, generación de perfiles de acceso a los sistemas electrónicos para brindarle atención y acreditar su identidad, elaborar informes estadísticos y financieros, implementación de procesos de seguridad y resguardo y la realización de cualquier actividad complementaria, auxiliar y necesaria para la debida prestación de nuestros servicios y/o productos.

Usted puede conocer el Aviso de Privacidad Integral accediendo a la página [https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-privacidad/AV\\_Simplificado\\_para\\_Clientes\\_de\\_Prudential\\_Seguros\\_Mexico.pdf](https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-privacidad/AV_Simplificado_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf)

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

Así mismo, en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros Titulares, reconozco haber informado a dichos terceros sobre el uso de sus datos y haber obtenido de forma previa el consentimiento de estos últimos para que Prudential pueda tratarlos para las finalidades descritas en el Aviso de Privacidad y a hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

## 12. Declaraciones del Contratante y del Solicitante

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

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

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

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

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

disposición.

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

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

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

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

13. Consentimiento para proporcionar información	
<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., a utilizar mi información con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad.</p> <p>En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:</p> <p><input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> SMS  <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Todas las anteriores</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Firma del Solicitante</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., a utilizar mi información con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad.</p> <p>En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:</p> <p><input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> SMS  <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Todas las anteriores</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Firma del Contratante</b></p>
14. Consentimiento para entrega electrónica de Documentación Contractual	

Para el caso de que la presente solicitud sea aceptada, deseo recibir la documentación contractual del seguro, los estados de cuenta, así como cualquier información correspondiente a mi contrato de seguro por escrito, a través de Medios Electrónicos, según elijo a continuación:

Vía correo electrónico del: Solicitante   
 Contratante

---

**ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE SOLICITUD**


---

**Nombre y firma del Solicitante**


---

**Nombre y firma del Contratante**
**Lugar** \_\_\_\_\_

**Lugar** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

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

Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) y/o teléfono de atención (55) 11 03-70 00. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com) o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a 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 05 de marzo de 2025, con el número CNSF-S0106-0381-2024/CONDUSEF-006622-02.”***

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL  
PERSONALIZA PRU

<b>Número de Póliza</b>	
<b>Datos del Contratante</b>	
Nombre	
Domicilio	
RFC:	CURP:
<b>Datos del Asegurado</b>	
Nombre	
Domicilio	
Género:	Fumador (S/N):
Fecha de nacimiento:	Edad:
RFC:	CURP:
<b>Datos de la Póliza</b>	
Fecha de inicio de vigencia:	
Periodicidad de Pago:	Moneda:
Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (denominada en adelante La Compañía), pagará las Sumas Aseguradas correspondientes a las Coberturas que abajo se indican de acuerdo y con sujeción a las condiciones generales y particulares registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas contenidas en esta póliza en testimonio de lo cual se expide la presente.	

Coberturas	Suma Asegurada	Fin de vigencia	Edad máxima de aceptación	Plazo de		Prima Planeada Anual
				La cobertura (años)	Pago de primas (años)	
Prima Planeada Total Anual						





**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".**

Le recordamos que el aviso de privacidad de la Compañía se encuentra a su disposición en [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx)

**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.

Término máximo para el pago de prima anual o de cada una de las fracciones correspondientes, en caso de pago fraccionado, será de: Treinta (30) días naturales. **Si la prima o cualquiera de sus fracciones no se paga dentro del plazo convenido, se procederá de acuerdo a lo indicado en la cláusula “2.29 Prima” de las Condiciones Generales.**

**IMPORTANTE:** Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) y/o teléfono de atención (55) 11 03-70 00. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com) o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas, viernes de 8:00 a 15:00 horas; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762 Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos (55) 5340-0999 y 800-999-80-80, por correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).

Lugar y Fecha de expedición:

(Firma de funcionario autorizado)  
Prudential Seguros México, S. A. de C.V.

***“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 05 de marzo de 2025, con el número CNSF-S0106-0381-2024/CONDUSEF-006622-02.”***

# **CONDICIONES GENERALES**

## **Universal Life Prudential**

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1. DEFINICIONES</b> .....	<b>4</b>
1.1 Accidente .....	4
1.2 Asegurado.....	4
1.3 Año Póliza.....	4
1.4 Beneficiario .....	4
1.5 Carátula de la Póliza .....	4
1.6 Cobertura.....	4
1.7 Contratante .....	4
1.8 Culpa Grave.....	4
1.9 Endoso.....	4
1.10 Enfermedad Terminal.....	5
1.11 Estado de Cuenta .....	5
1.12 Evento o Eventualidad .....	5
1.13 Exclusiones.....	5
1.14 Fecha de Inicio de Vigencia .....	5
1.15 Formas de liquidación vigentes.....	5
1.16 Fondo Base .....	5
1.17 Fondo Adicional .....	5
1.18 Fondo Disponible .....	5
1.19 Invalidez Total y Permanente.....	5
1.20 Ley .....	6
1.21 Medios Electrónicos.....	6
1.22 Muerte Accidental .....	6
1.23 Operaciones Electrónicas .....	6
1.24 Padecimientos Preexistentes.....	6
1.25 Pérdidas Orgánicas .....	7
1.26 Período de Garantía sin cancelación .....	7
1.27 Póliza.....	7
1.28 Prima Planeada .....	7
1.29 Prima Adicional.....	7
1.30 Rendimiento.....	7
1.31 Reserva matemática .....	8
1.32 Retiro Parcial .....	8
1.33 Siniestro.....	8
1.34 Seguro Puro.....	8
1.35 Suma Asegurada .....	8
1.36 Unidad de Medida y Actualización (UMA) .....	8
1.37 Valor de Rescate .....	9
1.38 Vigencia.....	9
<b>2. CLÁSULAS GENERALES</b> .....	<b>9</b>
2.1 Contrato .....	9
2.2 Notificaciones.....	9
2.3 Modificaciones .....	9
2.4 Duplicado de Póliza.....	9
2.5 Edad de Aceptación .....	10
2.6 Omisiones o Inexactas Declaraciones y Nulidad .....	11
2.7 Cargos .....	11

2.8	Indisputabilidad .....	12
2.9	Aviso de Siniestro .....	12
2.10	Comprobación del Siniestro .....	12
	Información necesaria en caso de Muerte Accidental .....	15
	Información necesaria en caso de Pérdidas Orgánicas .....	16
2.11	Pago del Siniestro .....	16
2.12	Indemnización por Mora .....	16
2.13	Designación de Beneficiarios .....	16
2.14	Prescripción .....	17
2.15	Competencia .....	17
2.16	Dividendos .....	18
2.17	Moneda .....	18
2.18	Carencia de Restricciones .....	18
2.19	Agravación Del Riesgo .....	18
2.20	Extinción de Obligaciones .....	20
2.21	Intermediación .....	20
2.22	Entrega de la Documentación Contractual .....	20
2.23	Operaciones y Servicios por Medios Electrónicos .....	21
2.24	Arbitraje .....	21
2.25	Impuesto .....	22
2.26	Legislación aplicable .....	22
2.27	Liga a Cita de Preceptos Legales .....	22
2.28	Invitación para Consultar al RECAS .....	22
2.29	Prima .....	22
2.30	Fondo Base .....	23
2.31	Fondo Adicional .....	23
2.32	Compensación entre Fondos .....	24
2.33	Retiros Parciales .....	24
2.34	Cancelación por parte del Contratante y Agotamiento de los Fondos .....	24
2.35	Estado de Cuenta .....	24
2.36	Residencia .....	25
2.37	Límite Territorial .....	25
<b>3.</b>	<b>COBERTURAS .....</b>	<b>25</b>
3.1	Basica de fallecimiento o indemnización de ahorro .....	25
3.1.1	Cobertura de fallecimiento o Indemnización de ahorro comercialmente conocida como Personaliza Pru .....	25
3.1.2	Cobertura de fallecimiento o indemnización de ahorro para planes con beneficios fiscales .....	26
3.1.2.1	Plan de seguro que tiene como base un plan de pensión relacionado con la edad, jubilación o retiro comercialmente conocido como Personaliza Pru Art. 185. ....	26
3.1.2.2	Plan de seguro enfocado a planes personales de Retiro comercialmente conocido como Personaliza Pru Art. 151. ....	27
3.2	Adicionales .....	29
3.2.1	Cobertura Temporal por Invalidez Total y Permanente .....	29
3.2.2	Cobertura Temporal por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas .....	30
3.2.3	Anticipo para Gastos Funerarios .....	32
3.2.4	Anticipo por Enfermedad Terminal .....	32

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la Compañía, emite las condiciones generales de la presente Póliza sobre la vida del Asegurado, cuyo nombre figura en la Carátula de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por él mismo y/o el Contratante en la Solicitud de Seguro y los cuestionarios correspondientes. Los términos, condiciones y Cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes.

## **1. DEFINICIONES**

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

### **1.1 Accidente**

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

### **1.2 Asegurado**

Es aquella persona física que se encuentra amparada conforme a las Coberturas contratadas y de acuerdo con lo expresamente señalado en la Carátula de la Póliza para cada una de éstas.

### **1.3 Año Póliza**

Es el periodo correspondiente a 365 días (366 días cuando sea bisiestro), contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de esta Póliza y renovable en periodos de igual duración hasta alcanzar la fecha de Fin de Vigencia de la Póliza sin excederla.

### **1.4 Beneficiario**

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

### **1.5 Carátula de la Póliza**

Es el documento emitido por la Compañía al Contratante del seguro en donde se estipulan los datos de identificación, los derechos y las obligaciones de ambas partes.

### **1.6 Cobertura**

Es el tipo de protección contratada por el Asegurado y que constará en la Carátula de la Póliza.

### **1.7 Contratante**

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

### **1.8 Culpa Grave**

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

### **1.9 Endoso**

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

**1.10 Enfermedad Terminal**

Es aquella enfermedad en relación con la cual un médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y sin parentesco hasta el segundo grado consanguíneo con el Asegurado, certifique que el Asegurado tiene una esperanza de vida de 6 (seis) meses o menos.

**1.11 Estado de Cuenta**

Documento emitido por la Compañía donde se reflejarán los movimientos al saldo acumulado del Fondo Base y Fondo Adicional durante el periodo indicado en el mismo.

**1.12 Evento o Eventualidad**

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

**1.13 Exclusiones**

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

**1.14 Fecha de Inicio de Vigencia**

Es la fecha en que da inicio el período de protección de cada una de las Coberturas contratadas, estipuladas en la Carátula de la Póliza.

**1.15 Formas de liquidación vigentes**

Las formas de liquidación vigentes serán a través de pago mediante cheque o mediante transferencia interbancaria mismo que podrá realizarse en una sola exhibición por parte de la Compañía, a la cuenta bancaria a nombre del Asegurado o Beneficiario indicada por estos mismos, según sea el caso, al momento del reclamo de la indemnización, pudiendo optar por delegar a la Compañía la administración de la misma, mediante un mandato por escrito y la firma del Contrato respectivo que provea la Compañía de conformidad con la legislación vigente.

**1.16 Fondo Base**

Es el monto a favor del Contratante y/o Beneficiario(s); según sea el caso, constituido por la Prima Planeada pagada y aplicada menos los Cargos relacionados con las Coberturas, así como los Retiros Parciales realizados al mismo, más los Rendimientos correspondientes. Dichos conceptos se desglosarán detalladamente dentro del Estado de Cuenta que emita la Compañía.

**1.17 Fondo Adicional**

Es el monto a favor del Contratante y/o Beneficiario(s); según sea el caso, constituido por la Prima Adicional pagada y aplicada menos los Cargos aplicables al mismo, así como los Retiros Parciales que efectúe el Contratante más los Rendimientos correspondientes. El detalle de movimientos asociados a este Fondo, se darán a conocer dentro del Estado de Cuenta que para tal efecto emita la Compañía.

**1.18 Fondo Disponible**

Es el monto establecido para efectos del cálculo de Retiros Parciales que se determina como la suma de:

1. El 60% del saldo del Fondo Base menos el cargo por cancelación anticipada que aplique de acuerdo con el Año Póliza y a la metodología registrada en la Nota Técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Durante los primeros 25 meses del inicio de Vigencia de la Póliza, este porcentaje para el Fondo Base será igual a 0.
2. El 100% del saldo del Fondo Adicional.

**1.19 Invalidez Total y Permanente**

Se define como Invalidez Total y Permanente lo que a continuación se señala, siempre y cuando ésta no sea a consecuencia de un Padecimiento Preexistente y haya transcurrido el Periodo de Espera de 6 (seis) meses para este estado de Invalidez.

Se considerará Invalidez Total y Permanente si durante la Vigencia de la Póliza las facultades y aptitudes con que contaba el Asegurado a la fecha de contratación de esta Póliza se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un Accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

También se considerarán como Invalidez Total y Permanente, las siguientes Pérdidas Orgánicas:

- La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos;
- La pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo.

Para los efectos de este Contrato de Seguro, se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella; por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

En el caso de que el estado de Invalidez Total y Permanente pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el Siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

#### **1.20 Ley**

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

#### **1.21 Medios Electrónicos**

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro que estén disponibles por la Compañía.

#### **1.22 Muerte Accidental**

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

#### **1.23 Operaciones Electrónicas**

El conjunto de operaciones y servicios que la Compañía realice con sus clientes a través de Medios Electrónicos.

#### **1.24 Padecimientos Preexistentes**

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que, previamente a la celebración del Contrato:

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

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el expediente médico o clínico. **En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.**

A aquellos Asegurados que se hayan sometido a un examen médico por parte de la Compañía para el proceso de suscripción, no se les aplicará la presente Cláusula respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento, que tengan relación con el tipo de examen médico que se les haya practicado y que no hubiese sido diagnosticado en el mismo.

### **1.25 Pérdidas Orgánicas**

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

- La pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos.
- La pérdida de una mano y un pie.
- La pérdida de una mano o un pie, conjuntamente con un ojo.
- La pérdida de una mano o un pie.
- La pérdida de la vista de un ojo.

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

### **1.26 Período de Garantía sin cancelación**

Es el plazo concedido por la Compañía indicado en la Carátula de la Póliza durante el cual, ésta no se cancelará, aún en los casos en los que el saldo de los Fondos no fuese suficiente para realizar la deducción de los costos mensuales, siempre y cuando no se hayan realizado Retiros Parciales del Fondo Base y se hayan pagado las Primas Planeadas en tiempo y forma, según lo pactado en este Contrato de Seguro.

En caso de que el Contratante realice Retiros Parciales del Fondo Base y/o no haya pagado las Primas Planeadas en tiempo y forma, este Período de Garantía sin cancelación se dará por terminado, quedando la vigencia de la póliza condicionada a la suficiencia de los fondos para el cobro de los costos mensuales correspondientes.

### **1.27 Póliza**

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

### **1.28 Prima Planeada**

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

### **1.29 Prima Adicional**

Es la cantidad que el Contratante ingrese en exceso a la Prima Planeada anual y que contribuirá a la constitución del Fondo Adicional de la Póliza, por el monto que él mismo determine y de acuerdo con las políticas vigentes en la Compañía.

### **1.30 Rendimiento**

Son los intereses generados por las inversiones que la Compañía realice sobre el saldo del Fondo Base y del Fondo Adicional, los cuales serán expresados en los Estados de Cuenta y en la unidad monetaria contratada e indicada en la Carátula de Póliza.

### **1.31 Reserva matemática**

Es la reserva de riesgos en curso que la Compañía debe constituir para este contrato de seguro de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas compuesta, entre otros conceptos por la suma de los Fondos (Base y Adicional).

### **1.32 Retiro Parcial**

Es el monto que el Contratante puede extraer de los Fondos constituidos y que deberá ser menor o igual al saldo del Fondo Disponible. La Compañía retendrá los impuestos respectivos sobre el monto total a pagar al momento del Retiro Parcial, de conformidad con lo estipulado en la legislación vigente aplicable en la materia.

### **1.33 Siniestro**

Es el hecho o la realización del Evento y que produce efecto sobre las Coberturas contratadas, las cuales se encuentran especificadas en la Carátula de la Póliza o en los Endosos correspondientes.

### **1.34 Seguro Puro**

Es el monto máximo entre la Suma Asegurada menos la suma de los Fondos Base y Adicional y/o el cinco por ciento (5%) de ambos Fondos (Base y Adicional).

### **1.35 Suma Asegurada**

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

La Suma Asegurada por fallecimiento, para efectos de indemnización, se modificará automáticamente y tantas veces sea necesario de tal manera que siempre sea mayor que la suma de los Fondos (Base más Adicional) en 5% (cinco por ciento).

Cuando el incremento neto sea superior a la Suma Asegurada originalmente contratada para la Cobertura de fallecimiento, la Compañía podrá solicitar nuevos requisitos de suscripción para evaluar y determinar la aceptación de dicho incremento y quedará sujeto a lo descrito en la Cláusula **“2.8 Indisputabilidad”** y lo indicado en las Exclusiones sobre suicidio en las Cláusulas **“3.1 Básica de fallecimiento o indemnización de ahorro comercialmente conocida como Personaliza Pru”** y **“3.1.2 Cobertura de fallecimiento o indemnización de ahorro para planes con beneficios fiscales”**.

En caso de que la suma de los Fondos sea menor al 95% (noventa y cinco por ciento) de la Suma Asegurada originalmente contratada, la Suma Asegurada por fallecimiento será la indicada en la Carátula de la Póliza.

### **1.36 Unidad de Medida y Actualización (UMA)**

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

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

### 1.37 Valor de Rescate

Es el monto al que tiene derecho el Contratante en caso de cancelación de la Póliza y se determina como la suma de los Fondos (Base y Adicional) menos el cargo por cancelación anticipada o cualquier anticipo que la Compañía hubiera pagado, quien además realizará la retención de impuestos conforme lo previsto en la legislación vigente aplicable en la materia al momento de pagar el Rescate.

### 1.38 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 para cada una de ellas en la Carátula de la Póliza.

## 2. CLÁUSULAS GENERALES

### 2.1 Contrato

Toda la documentación contractual incluyendo: la Solicitud de Seguro, esta Póliza, la Carátula de la Póliza y los Endosos adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), son parte del Contrato de Seguro y constituyen prueba de su celebración.

### 2.2 Notificaciones

Cualquier notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito precisamente al domicilio de la Compañía en la Ciudad de México que se indica en la Carátula de la Póliza. El Asegurado, Contratante y/o Beneficiario deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía le deba hacer al Asegurado, Contratante o a sus Beneficiarios, se harán en el último domicilio que la Compañía conozca para tal efecto. Por lo que en caso de que exista cualquier cambio de domicilio durante la Vigencia de la Póliza del Asegurado, y/o Contratante y/o Beneficiario, deberá ser notificado por escrito a la Compañía, de conformidad con lo indicado en el párrafo.

### 2.3 Modificaciones

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

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

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

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

### 2.4 Duplicado de Póliza

En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado, podrá obtener un duplicado de la Póliza original el cual sustituirá a la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original perderá todo valor. Asimismo, tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas por el Asegurado

para la celebración del Contrato. En ambos casos los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante y/o Asegurado.

### 2.5 Edad de Aceptación

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

El límite mínimo de admisión autorizado por la Compañía para cada Cobertura es el siguiente:

<b>Cobertura</b>	<b>Edad mínima de admisión</b>
Cobertura de fallecimiento o indemnización de ahorro comercialmente conocida como Personaliza Pru	12 años
Plan de seguro enfocado a Planes Personales de Retiro comercialmente conocido como Personaliza Pru Art. 151	18 años
Plan de seguro que tiene como base un plan de pensión relacionado con la edad, jubilación o retiro comercialmente conocido como Personaliza Pru Art. 185	18 años
Cobertura Temporal por Invalidez Total y Permanente	12 años
Cobertura Temporal por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas	12 años

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

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

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

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

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

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

## 2.6 Omisiones o Inexactas Declaraciones y Nulidad

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

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

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

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

## 2.7 Cargos

La Compañía descontará de forma mensual del Fondo Base y/o del Fondo Adicional (con prioridad en el primero) los siguientes conceptos; siempre y cuando exista saldo para cubrirlos.

- a) Costo de Mortalidad de la Cobertura Básica: Se obtendrá multiplicando el factor correspondiente a la edad alcanzada del Asegurado dividido entre doce y posteriormente dividido entre mil por el Seguro Puro. El factor empleado para el cálculo de este costo se muestra en la Tabla de Cargos anexa en la Carátula de Póliza.
- b) Costo de Cobertura Adicional de Invalidez Total y Permanente: Únicamente en caso de ser contratada esta Cobertura adicional, el costo se obtendrá multiplicando el factor correspondiente a la edad alcanzada del Asegurado dividido entre doce y posteriormente dividido entre mil por la Suma Asegurada de esta Cobertura. El factor empleado para el cálculo de este costo se muestra en la Tabla de Cargos anexa en la Carátula de Póliza.
- c) Costo de Cobertura Adicional de Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas: Únicamente en caso de ser contratada esta Cobertura adicional, el costo se obtendrá multiplicando el factor correspondiente a la edad alcanzada del Asegurado dividido entre doce y posteriormente dividido entre mil por la Suma Asegurada de esta Cobertura. El factor empleado para el cálculo de este costo se muestra en la Tabla de Cargos anexa en la Carátula de Póliza.

- d) Cargo Fijo. Corresponde al monto fijo dividido entre doce. El monto empleado para el cálculo de este cargo se muestra en la Tabla de Cargos anexa en la Carátula de Póliza.

La Compañía descontará por cada Prima Planeada pagada y aplicada del Fondo Base el siguiente concepto:

- a) Cargo porcentual sobre la prima: Se obtendrá multiplicando el porcentaje correspondiente al año de Vigencia indicado en la Carátula de la Póliza por la Prima Planeada pagada. El porcentaje empleado para el cálculo de este costo se muestra en la Tabla de Cargos anexa en la Carátula de Póliza.

La Compañía descontará por cada Prima Adicional pagada y aplicada del Fondo Adicional el siguiente concepto:

- a) Cargo porcentual sobre la Prima Adicional: Se obtendrá multiplicando el porcentaje correspondiente por la Prima Adicional pagada y aplicada. El factor empleado para el cálculo de este costo se muestra en la Carátula de Póliza.

La Compañía imputará los Cargos estipulados a los Fondos siempre que exista saldo suficiente para cubrirlos, en caso de que no exista saldo suficiente, se considerará lo previsto en la Cláusula **“2.34 Cancelación por parte del Contratante y Agotamiento de los Fondos”**.

Los factores y cantidades utilizadas para estos cálculos se encuentran registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Nota Técnica respectiva.

### **2.8 Indisputabilidad**

Este Contrato será indisputable, por lo que se refiere a las causales de rescisión previstas por el Artículo 47 de la Ley, desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de emisión, entendiéndose por esto que la Compañía renuncia a los derechos que conforme a la Ley tendría derivado de las omisas, falsas o inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que sirvieron de base para la celebración del Contrato de Seguro.

### **2.9 Aviso de Siniestro**

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

**La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones de este Contrato, si se omite el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro** (Artículo 68 de la Ley).

### **2.10 Comprobación del Siniestro**

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

Sólo en aquellos casos en que, con la información y documentación entregada a la Compañía, no sea posible determinar las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo; ésta podrá exigir al Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, de conformidad con lo estipulado en el Artículo 69 de la Ley.

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

**Información necesaria en caso de Fallecimiento:**

El (Los) Beneficiario(s) deberá(n) entregar la siguiente información haciendo uso de Medios Electrónicos, a través del correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) en caso de fallecimiento del Asegurado:

- a) Formato de reclamo de Siniestro, un formato firmado por cada uno de los Beneficiarios (proporcionado por la Compañía).
- b) Copia certificada del acta de defunción.
- c) Identificación oficial vigente del Asegurado (si se tuviera) y de los Beneficiarios, mismas que pueden corresponder a:
  - i. Credencial para votar
  - ii. Pasaporte
  - iii. Cédula Profesional (expedida como máximo 10 años anteriores a la fecha de reclamación)
  - iv. Cartilla del Servicio Militar Nacional
  - v. Tarjeta Única de Identidad Militar
  - vi. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
  - vii. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
  - viii. Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales
  - ix. Certificado de Matrícula Consular
  - x. Licencia de conducir
  - xi. Respecto de personas físicas de nacionalidad extranjera, que no cuenten con pasaporte se considerarán como documentos válidos de identificación personal cualquier documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. Para estos efectos, se consideran documentos válidos de identificación personal la licencia de conducir y las credenciales emitidas por autoridades del país de que se trate.
- d) Certificado Médico de Defunción o declaración del médico que hubiere asistido al Asegurado o certificado su fallecimiento.
- e) En su caso, copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento del Asegurado.
- f) CURP del Beneficiario y del Asegurado, si la tuviesen.
- g) Acta de nacimiento del (de los) Beneficiario(s) (original o copia certificada), si fuesen hijos del Asegurado.
- h) Estado de Cuenta Bancario a nombre del Beneficiario según corresponda, con vigencia no mayor a tres (3) meses.
- i) Comprobante de domicilio vigente, con vigencia no mayor a tres (3) meses (Agua, Luz, Teléfono Fijo, Gas, Telefonía celular a nombre del Reclamante, o Estado de Cuenta Bancario). En caso de que la identificación oficial entregada contenga el domicilio completo, se podrá omitir el comprobante de domicilio.
- j) Si el cónyuge fuera el Beneficiario, acta de matrimonio (original y copia certificada).
- k) En caso de que algún(os) Beneficiario(s) haya(n) fallecido previo al fallecimiento del Asegurado, se requiere Acta de Defunción e identificación oficial y documentación legal que justifique la sucesión legal del Asegurado.

- l) Si algún Beneficiario fuera menor de edad, el padre, la madre, o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad, previo documento legal que así lo justifique, firmará y solicitará la declaración de Beneficiarios para trámite de Siniestros por muerte.

Sólo en el caso de que con la documentación anterior no fuera posible para la Compañía determinar la procedencia de la reclamación, por no estar debidamente identificados los Beneficiarios o acreditada la realización del siniestro, la Compañía podrá solicitar información o documentación adicionales.

#### **Información necesaria en caso de Invalidez Total y Permanente**

El Asegurado deberá presentar la siguiente información haciendo uso de Medios Electrónicos, a través del correo electrónico: [atenciónclientes.mex@prudential.com](mailto:atenciónclientes.mex@prudential.com) o directamente en el domicilio de la Compañía en caso de Invalidez Total y Permanente:

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el Asegurado (proporcionado por la Compañía).
- b) Formato de declaración del médico tratante y/o historial clínico (proporcionado por la Compañía).
- c) Identificación oficial vigente del Asegurado, mismas que pueden corresponder a:
  - i. Credencial para votar
  - ii. Pasaporte
  - iii. Cédula Profesional (expedida como máximo 10 años anteriores a la fecha de reclamación)
  - iv. Cartilla del Servicio Militar Nacional
  - v. Tarjeta Única de Identidad Militar
  - vi. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
  - vii. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
  - viii. Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales
  - ix. Certificado de Matrícula Consular
  - x. Licencia de conducir
  - xi. Respecto de personas físicas de nacionalidad extranjera, que no cuenten con pasaporte se considerarán como documentos válidos de identificación personal cualquier documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. Para estos efectos, se consideran documentos válidos de identificación personal la licencia de conducir y las credenciales emitidas por autoridades del país de que se trate.
- d) CURP.
- e) Estado de Cuenta Bancario a nombre del Asegurado, con vigencia no mayor a tres (3) meses.
- f) Comprobante de domicilio vigente, con vigencia no mayor a tres (3) meses (Agua, Luz, Teléfono Fijo, Gas, Telefonía celular a nombre del Reclamante, o Estado de Cuenta Bancario). En caso de que la identificación oficial contenga el domicilio completo, se podrá omitir el comprobante de domicilio.

#### **Bases para determinar que un dictamen de Invalidez Total y Permanente tiene plena validez**

Además de la Información necesaria en caso de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar la siguiente información haciendo uso de Medios Electrónicos, a través del correo electrónico: [atenciónclientes.mex@prudential.com](mailto:atenciónclientes.mex@prudential.com) o directamente en el domicilio de la Compañía:

- a) Dictamen de Invalidez Total y Permanente emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o por alguna institución de seguridad social estatal.
- b) En caso de no contar con el dictamen mencionado en el inciso a), podrá presentar un

dictamen avalado por un médico con cédula profesional y que no tenga relación consanguínea con el Asegurado hasta el segundo grado, que cuente con certificado por la Secretaría de Salud y, en su caso, cuente con certificado emitido por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo.

- c) Estudios y exámenes practicados que avalen el estado de Invalidez Total y Permanente.

En caso de que el médico especialista en la materia de la Compañía determine la improcedencia del Dictamen de Invalidez Total y Permanente, presentado por el Asegurado. El Asegurado será evaluado por el médico especialista en la materia certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que el Asegurado elija dentro de los especialistas en la materia previamente designados por la Compañía para estos efectos.

#### **Información necesaria en caso de indemnización de ahorro**

El Asegurado deberá presentar la siguiente información haciendo uso de Medios Electrónicos, a través del correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) o directamente en el domicilio de la Compañía:

- a) Formato de reclamo del Siniestro, firmado por el Asegurado (proporcionado por la Compañía).
- b) Identificación oficial vigente del Asegurado, mismas que pueden corresponder a:
  - i. Credencia para votar
  - ii. Pasaporte
  - iii. Cédula Profesional (expedida como máximo 10 años anteriores a la fecha de reclamación)
  - iv. Cartilla del Servicio Militar Nacional
  - v. Tarjeta Única de Identidad Militar
  - vi. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
  - vii. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
  - viii. Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales
  - ix. Certificado de Matrícula Consular
  - x. Licencia de conducir
  - xi. Respecto de personas físicas de nacionalidad extranjera, que no cuenten con pasaporte se considerarán como documentos válidos de identificación personal cualquier documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen, vigente en la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio de la persona de que se trate. Para estos efectos, se consideran documentos válidos de identificación personal la licencia de conducir y las credenciales emitidas por autoridades del país de que se trate
- c) CURP.
- d) Estado de cuenta a nombre del Asegurado con vigencia no mayor a tres (3) meses.
- e) Comprobante de domicilio vigente, con vigencia no mayor a tres (3) meses (Agua, Luz, Teléfono Fijo, Gas, Telefonía celular a nombre del Reclamante, o Estado de Cuenta Bancario). En caso de que la identificación oficial contenga el domicilio completo, se podrá omitir el comprobante de domicilio

#### **Información necesaria en caso de Muerte Accidental**

El (Los) Beneficiario(s) deberá(n) entregar la siguiente información haciendo uso de Medios Electrónicos, a través del correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) o directamente en el domicilio de la Compañía en caso de una Muerte Accidental del Asegurado:

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por cada uno de los Beneficiarios (proporcionado por la Compañía).
- b) Copia certificada del acta de defunción.
- c) Identificación oficial vigente del Asegurado (si se tuviera) y de los Beneficiarios, mismas que

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

### **Información necesaria en caso de Pérdidas Orgánicas**

El Asegurado deberá presentar la siguiente información haciendo uso de Medios Electrónicos, a través del correo electrónico [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) o directamente en el domicilio de la Compañía:

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

### **2.11 Pago del Siniestro**

Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado y/o del(los) Beneficiario(s), según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán mediante transferencia interbancaria por parte de la Compañía, a la cuenta bancaria a nombre del Asegurado o Beneficiario(s) e indicada por estos mismos, según sea el caso. En caso de que no cuente con ella, el pago se podrá realizar a través de cheque para abono en cuenta, orden de pago o del medio que disponga la Compañía.

La Compañía hará el pago de la indemnización que corresponda, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y este resulte procedente.

La Compañía retendrá los Impuestos correspondientes de acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes sobre el monto total a pagar.

### **2.12 Indemnización por Mora**

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

### **2.13 Designación de Beneficiarios**

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el

nombre y porcentaje de participación del nuevo Beneficiario. La Compañía notificará al Asegurado de este cambio a través de un Endoso. La Compañía pagará el importe de indemnización correspondiente a los últimos Beneficiarios de que haya tenido conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el Artículo 176 y las formalidades del Artículo 19 de la Ley.

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

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

### **ADVERTENCIA:**

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

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

#### **2.14 Prescripción**

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por 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.

#### **2.15 Competencia**

En caso de tener alguna controversia, el quejoso, a su elección, puede presentar su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. al teléfono (55) 1103-7000 o por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com) o en cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUEF), en los términos de los Artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, o

bien, podrá presentar una demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, lo que deberá hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer sus pretensiones.

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

**Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 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, 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, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México.

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

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

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

**2.16 Dividendos**

Este Contrato de Seguro no otorga dividendos.

**2.17 Moneda**

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro por parte del Contratante y/o Asegurado a la Compañía, o de ésta al Contratante y/o Asegurado, según corresponda deberán efectuarse en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago, aunque la(s) Cobertura(s) que adquiera el Contratante se denomine(n) en Unidades De Inversión (UDI), debiendo realizarse en estos casos, todos los pagos relativos en el equivalente en pesos, de conformidad con el valor de la UDI que publique el Banco de México en la fecha en que éstos se efectúen.

**2.18 Carencia de Restricciones**

Este Contrato de Seguro no estará sujeto a restricción alguna, ya sea en atención al género de vida, residencia, ocupación o viajes del Asegurado, **excepto por lo previsto en la Cláusula de “4.1 Fallecimiento”, respecto a “Suicidio”.**

**2.19 Agravación Del Riesgo**

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

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

**“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:**

**I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.**

**II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

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

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

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

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

**Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades**

es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

#### **2.20 Extinción de Obligaciones**

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, de conformidad con lo establecido en el Artículo 47 de la Ley.

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

#### **2.21 Intermediación**

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

#### **2.22 Entrega de la Documentación Contractual**

La Compañía entregará por escrito al Contratante o al Asegurado la documentación contractual de esta Póliza, así como cualquier otro documento que contenga los derechos u obligaciones de las partes derivadas del Contrato de Seguro celebrado, conforme a lo siguiente:

- a) La Compañía hará entrega de la documentación contractual, a través de su envío a la dirección de correo electrónico proporcionada en la Solicitud de Seguro, el Asegurado o el Contratante al momento de la contratación. La entrega por correo electrónico se hará en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, previo consentimiento expreso por escrito de parte del solicitante, Contratante o Asegurado.
- b) En caso de no contar con el consentimiento expreso antes mencionado, se entregará la documentación contractual de la Póliza físicamente al momento de la contratación por conducto de su agente o al domicilio señalado en la Solicitud de Seguro.

En caso de que por cualquier motivo no se reciba la documentación contractual dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la contratación del seguro (en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente), el Solicitante, el Asegurado o el Contratante deberá llamar al centro de atención telefónica de la Compañía, cuyo número es el 551103 7000, con horarios de atención de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 15:00 horas, para que mediante envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o a través de correo electrónico conforme se señala en el inciso a) anterior, se le proporcione dicha documentación.

Con independencia de lo anterior, el Asegurado o Contratante puede obtener un duplicado de la documentación contractual llamando al centro de atención telefónica de la Compañía, conforme se establece en el párrafo que antecede, o realizar la consulta y descarga de la misma a través de nuestro portal de Internet [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx).

### **2.23 Operaciones y Servicios por 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.

### **2.24 Arbitraje**

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de la preexistencia de una Enfermedad y/o Padecimiento, a voluntad del Asegurado la cuestión podrá ser sometida a dictamen de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos (2), uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 (diez) días contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera. Antes de empezar sus labores, los dos (2) peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciera cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (la autoridad judicial, las partes, los peritos o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo substituya.

Si el Asegurado acude al arbitraje médico, la Compañía se obliga a comparecer ante el árbitro designado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado y por este hecho se

considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia en relación con la preexistencia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

### **2.25 Impuesto**

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

### **2.26 Legislación aplicable**

Este Contrato se rige conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y demás leyes, reglamentos y normas que le resulten aplicables.

### **2.27 Liga a Cita de Preceptos 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: [www.prudentialseguros.com.mx](http://www.prudentialseguros.com.mx).

### **2.28 Invitación para Consultar al RECAS**

Este Contrato de Seguro lo podrá consultar a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la CONDUSEF, a través de la siguiente dirección electrónica [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

Le recordamos que nuestro Aviso de Privacidad está a su disposición en [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: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) y/o teléfono de atención (55) 11 03-70 00. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com) o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 hrs., viernes de 8:00 a 15:00 hrs; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762 Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos (55) 5340-0999 y 800-999-80-80, por correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).

### **2.29 Prima**

El Contratante, sin perjuicio del plazo mencionado para el pago, deberá pagar la Prima Planeada anual apartir de su vencimiento y durante plazo y periodicidad de pago de prima estipulados en la Carátula de la Póliza para cada Cobertura contratada.

Periodicidad: El Contratante puede optar por liquidar la Prima Planeada de manera fraccionada, ya sea con pagos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales. En este caso, las Primas vencerán al inicio de cada período pactado. En el supuesto de pago de Prima Planeada fraccionada, se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada, la cual se le dará a conocer por escrito al Asegurado.

La Prima Planeada convenida deberá ser pagada por el Contratante mediante los medios de pago disponibles de la Compañía y/o cuentas de Fondos de pago electrónico y periodicidad que el Contratante haya seleccionado.

Primer Pago: El primer pago de Prima Planeada vencerá al inicio de Vigencia pactado. A partir del vencimiento, el Contratante dispondrá de un Período de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la Prima Planeada o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; **en caso de no ser cubierta la Prima Planeada dentro del plazo estipulado, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de dicho periodo sin responsabilidad alguna para la Compañía.**

Pagos subsecuentes: Los pagos subsecuentes vencerán al inicio de Vigencia pactado. A partir del vencimiento, el Contratante dispondrá de un Período de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la Prima Planeada o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; en caso de no realizar un pago, se dará por terminado el Período de Garantía sin Cancelación y la Compañía validará la suficiencia de los Fondos para el cobro de Cargos mensuales. **Si hay insuficiencia de Fondos, el Contratante deberá pagar el importe correspondiente indicado por la Compañía para cubrirlo en treinta (30) días naturales a partir del mesversario de la Póliza; si no se cubre la insuficiencia en el plazo estipulado, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de dicho periodo sin responsabilidad alguna para la Compañía.**

Cualquier pago de prima que realice el Contratante ingresará al Fondo Base hasta completar la Prima Planeada anual estipulada en la Carátula de la Póliza y una vez que la Prima Planeada anual hubiese sido cubierta, cualquier Prima Adicional que se reciba ingresará al Fondo Adicional, es decir, las aportaciones de prima que realice el Contratante se sujetará a las siguientes condiciones:

1. Si el pago recibido más el acumulado de todos los depósitos aplicados en el Año Póliza corriente es menor o igual que la Prima Planeada anual, el monto recibido se mantendrá para la constitución del Fondo Base.
2. Si el pago recibido más el acumulado de todos los depósitos aplicados en el Año Póliza corriente es mayor que la Prima Planeada anual, es decir, la Prima Planeada anual ya fue cubierta en su totalidad, se depositará toda la cantidad excedente en el Fondo Adicional como Prima Adicional.

**En caso de Siniestro, la Compañía podrá reducir de la indemnización que proceda, el total de Cargos vencidos pendientes de pago, o las fracciones de estos no liquidados hasta anualidad correspondiente.**

### **2.30 Fondo Base**

Es el monto a favor del Contratante y/o Beneficiario(s); según sea el caso, constituido por la Prima Planeada menos los Cargos aplicables al mismo así como los Retiros Parciales que efectúe el Contratante sobre este Fondo más los Rendimientos acreditados correspondientes. El detalle de movimientos asociados a este Fondo se darán a conocer dentro del Estado de Cuenta que para tal efecto emita la Compañía.

La Compañía invertirá cada mes, el saldo del Fondo Base, en instrumentos de inversión autorizados para las instituciones de seguros según las estrategias y políticas de inversión establecidos por la Compañía.

El Rendimiento acreditado del Fondo Base se determinará con respecto a las condiciones de mercado vigentes y a la estrategia de inversión de la Compañía.

### **2.31 Fondo Adicional**

Es el monto a favor del Contratante y/o Beneficiario(s); según sea el caso, constituido por la Prima Adicional menos los Cargos aplicables al mismo así como los Retiros Parciales que efectúe el Contratante sobre este Fondo más los Rendimientos acreditados correspondientes. El detalle de movimientos asociados a este Fondo se darán a conocer dentro del Estado de Cuenta que para tal efecto emita la Compañía.

La Compañía invertirá cada mes, el saldo del Fondo Adicional, en instrumentos de inversión autorizados para las instituciones de seguros según las estrategias y políticas de inversión establecidos por la Compañía.

El Rendimiento acreditado del Fondo Adicional se determinará con respecto a las condiciones de mercado vigentes y a la estrategia de inversión de la Compañía.

### **2.32 Compensación entre Fondos**

Mensualmente, se calcularán los Cargos y éstos se deducirán del Fondo Base, si no existiera saldo positivo, se tomará la cantidad necesaria para cubrir el faltante del Fondo Adicional. Si el saldo de cualquiera de los Fondos anteriormente mencionados no lograra cubrir los Cargos, el Contratante dispondrá de un Período de treinta (30) días naturales para liquidar los Cargos mensuales, en caso de no hacerlo, se considerará lo previsto en la Cláusula **“2.34 Cancelación por parte del Contratante y Agotamiento de los Fondos”**.

### **2.33 Retiros Parciales**

Durante la Vigencia de esta Póliza se podrán hacer Retiros Parciales siempre que estos no excedan del saldo del Fondo Disponible con el que cuente el Contratante a la fecha de solicitud. Dicha solicitud deberá ser realizada por el Contratante mediante escrito libre dirigido a la Compañía.

El Contratante podrá gozar de dos Retiros Parciales en cada Año Póliza siendo el primero sin costo adicional y posterior a él, se aplicará un cargo adicional por Retiro Parcial indicado en la Carátula de Póliza, mismo que se descontará del Fondo Base y/o Fondo Adicional (con prioridad en el segundo). Lo anterior podrá ser modificado en función de las políticas de la Compañía, previo aviso al Contratante, mediante la emisión de un Endoso que formará parte integral del contrato de seguro; dicho aviso deberá ser realizado por la Compañía con al menos treinta (30) días naturales de anticipación y será aplicable a las nuevas solicitudes de Retiros Parciales realizadas a partir de la fecha de su entrada en vigor.

Los Retiros Parciales al Fondo Base podrán ser solicitados después de 25 meses de iniciada la Vigencia de la Póliza y siempre que este Fondo tenga un saldo positivo.

Los Retiros Parciales a los Fondos podrán existir en cualquiera de los casos siguientes:

- a) Que el Retiro se pueda cubrir con el Fondo Adicional.
- b) De no poder ser cubierto totalmente con el Fondo Adicional, la parte faltante se cubrirá con el Fondo Base, sujeto al Saldo Disponible.

**Si el monto solicitado requiere disponer de dos fondos, se considerarán como movimientos independientes, cobrando en ese momento el cargo adicional por segundo retiro de acuerdo con lo indicado en la Carátula de Póliza.**

### **2.34 Cancelación por parte del Contratante y Agotamiento de los Fondos**

No obstante, el término de Vigencia del Contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante por escrito a la Compañía misma que liquidará el Valor de Rescate al Contratante.

Sin perjuicio de lo anterior, este Contrato de Seguro terminará de forma automática y sin obligación posterior para la Compañía si el saldo en los Fondos Base y/o Adicional no fuese suficiente para cubrir los Cargos mensuales de la póliza. Lo anterior siempre y cuando el Periodo de Garantía sin cancelación se haya terminado o cancelado, según corresponda.

Una vez pagado el Valor de Rescate al Contratante, el presente Contrato quedará automáticamente cancelado, cesando automáticamente para ambas partes los derechos y obligaciones derivados del mismo y no podrá ser rehabilitado en ningún momento.

### **2.35 Estado de Cuenta**

La Compañía entregará al Contratante y/o Asegurado, en períodos que no excedan de tres (3) meses, a través de Medios Electrónicos o en papel impreso, lo que se haya acordado entre las Partes a través de la Solicitud de Seguro; un Estado de Cuenta indicando todos los movimientos registrados, a partir de que se haya generado el último Estado de Cuenta y hasta la fecha de corte; así como, el saldo acumulado de cada uno de los Fondos. En caso que esta entrega se realice por Medios Electrónicos, la Compañía también remitirá este Estado de Cuenta en papel impreso, al menos de manera semestral abarcando el periodo respectivo.

Sin perjuicio de lo anterior, el Contratante y/o Asegurado podrán solicitar en sustitución de la obligación referida en el párrafo que antecede, ya sea a través de la Solicitud de Seguro o por medio de un escrito en texto libre dirigido a la Compañía, que dicho Estado de Cuenta pueda consultarse por cualquier otro medio que al efecto hayan acordado entre las partes.

La Compañía también proporcionará este Estado de Cuenta al Contratante en el momento en el que él lo solicite por escrito.

### **2.36 Residencia**

Este Contrato de Seguro se contrata con mexicanos que residan permanentemente en el país; o con extranjeros con la calidad legal de residentes y que tengan, por lo menos, 6 meses residiendo en el país, sin importar la nacionalidad.

### **2.37 Límite Territorial**

Esta Póliza ha sido contratada en territorio nacional. No obstante, el lugar de ocurrencia, la reclamación deberá realizarse dentro del territorio nacional y conforme a los tribunales y la legislación de los Estados Unidos Mexicanos; el pago de la Suma Asegurada o indemnización que, en su caso, deba realizar La Compañía, se efectuará en moneda nacional y en territorio nacional.

## **3. COBERTURAS**

De aparecer como amparada cualquiera de las siguientes Coberturas en la Carátula de la Póliza y cuando el Siniestro sea procedente, la Compañía pagará al Asegurado o al(los) Beneficiario(s) designado(s), según sea el caso, la Suma Asegurada de acuerdo con lo que se señala en la Carátula de Póliza o Endoso(s) vigente(s):

### **3.1 Básica de fallecimiento o indemnización de ahorro**

Esta cobertura básica garantiza el pago de la Suma Asegurada en caso de fallecimiento del Asegurado o el otorgamiento de una indemnización por ahorro al término de la vigencia de la póliza.

El Asegurado podrá contratar esta cobertura con beneficios fiscales o sin ellos acorde a lo siguiente:

#### **3.1.1 Cobertura de fallecimiento o Indemnización de ahorro comercialmente conocida como Personaliza Pru**

Si el Asegurado fallece durante la Vigencia de esta Póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con lo establecido en el numeral 1.34 de este Contrato de Seguro, al (los) Beneficiario(s) designado(s) tomando en consideración la proporción indicada para cada Beneficiario.

Al término de la Vigencia, si el Asegurado se encuentra con vida, la Compañía pagará la suma del Fondo Base más el Fondo Adicional constituidos a dicha fecha.

Al momento del pago de la indemnización la Compañía pondrá a disposición del Asegurado las formas de liquidación vigentes.

Una vez que se efectuó la indemnización de esta Cobertura, se cancelarán todos los derechos derivados de esta Póliza y la Compañía quedará liberada de todas las obligaciones de esta Póliza.

## **EXCLUSIÓN PARA ESTA COBERTURA**

### **SUICIDIO**

**En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de Vigencia de esta Póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del mismo, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.**

#### **3.1.2 Cobertura de fallecimiento o indemnización de ahorro para planes con beneficios fiscales**

##### **3.1.2.1 Plan de seguro que tiene como base un plan de pensión relacionado con la edad, jubilación o retiro comercialmente conocido como Personaliza Pru Art. 185.**

En el caso en que el Asegurado haya optado por contratar el plan ofrecido por la Compañía que por sus características se asemeja a pensiones bajo la modalidad de jubilación o retiro y que se encuentre estipulado en la Carátula de la Póliza, podrá gozar de los beneficios a que se refiere el Artículo 185 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR), bajo las siguientes condiciones:

#### **Vigencia y edad de Retiro**

La Vigencia estará comprendida entre la fecha de contratación y el inicio del beneficio de retiro, sin que este pueda ser menor de 5 años. La edad de Retiro será la edad alcanzada elegida por el Contratante.

#### **Fallecimiento de Asegurado**

Si el Asegurado fallece durante la Vigencia de esta Póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con lo establecido en el numeral 1.34 de este Contrato de Seguro, al (los) Beneficiario(s) designado(s) tomando en consideración la proporción indicada para cada Beneficiario.

El o los Beneficiarios designados estarán obligados a acumular a sus ingresos, los montos de indemnización que reciba de la Compañía por concepto del fallecimiento del Asegurado. La Compañía dará el tratamiento fiscal correspondiente a estos pagos de acuerdo con lo indicado en la ley fiscal vigente.

Una vez que se efectuó la indemnización de esta Cobertura, se cancelarán todos los derechos derivados de esta Póliza y la Compañía quedará liberada de todas las obligaciones que por ella haya contraído.

#### **Sobrevivencia**

Al término de la Vigencia, si el Asegurado se encuentre con vida, la Compañía pagará la suma del Fondo Base más el Fondo Adicional constituidos a dicha fecha.

Al momento del pago de la indemnización la Compañía pondrá a disposición del Asegurado las formas de liquidación vigentes.

Una vez que se efectuó la indemnización de esta Cobertura, se cancelarán todos los derechos derivados de esta Póliza y la Compañía quedará liberada de todas las obligaciones derivadas de ella.

#### **Prima**

La Prima Planeada de esta Cobertura estará integrada por los siguientes componentes:

- a) Prima de Protección. Componente de la Prima Planeada destinado para cubrir los riesgos amparados por fallecimiento y, en caso de contratarse, por Invalidez Total y Permanente y Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, descritos en la Carátula de la Póliza, según aplique. Dicha prima no podrá ser deducible en términos del Artículo 185 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR), por lo cual la Compañía desglosará del recibo correspondiente este concepto.
- b) Prima de Ahorro. Componente de la Prima Planeada destinado a constituir el ahorro para el retiro en el Fondo Base.

Adicional a la Prima Planeada, el pago de Primas Adicionales que realice el Contratante para la constitución del Fondo Adicional estará destinada a incrementar el beneficio para su retiro, sujetándose este Fondo a las reglas establecidas en el Artículo 185 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).

La Compañía entregará la constancia de aportaciones deducibles, cumpliendo los requisitos fiscales vigentes. Los fondos para el Retiro podrán ser invertidos en valores emitidos por el Gobierno Federal, por instituciones de crédito, por empresas privadas con alta calidad crediticia o en cualquier otro tipo de valores autorizados para ser objeto de inversión por las instituciones de seguros, conforme a las reglas para la inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Es responsabilidad del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s) designado (s), según sea el caso, cumplir con las disposiciones fiscales que establezcan los límites, restricciones y obligaciones que le sean aplicables para la deducibilidad de su Prima de Ahorro y/o Prima Adicional; así como realizar la acumulación del pago que reciba por los diferentes conceptos que se deriven del presente Contrato de Seguro en sus ingresos del año. Lo anterior de acuerdo con lo que establezca la legislación fiscal vigente al momento en que la Compañía efectúe el pago correspondiente.

### **Cancelación y Retiro Parcial**

Cuando la Póliza sea cancelada anticipadamente o cuando se realice un Retiro Parcial, la Compañía retendrá, en su caso, el impuesto correspondiente, de acuerdo a lo establecido por la Ley del Impuesto Sobre la Renta y su Reglamento vigentes. Siendo responsabilidad del Contratante, Asegurado o de sus Beneficiarios cumplir con sus obligaciones fiscales derivadas de dicho ingreso, de conformidad con lo estipulado en la normatividad fiscal vigente.

## **EXCLUSIÓN PARA ESTA COBERTURA**

### **SUICIDIO**

**En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de Vigencia de esta Póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del mismo, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.**

#### **3.1.2.2 Plan de seguro enfocado a planes personales de Retiro comercialmente conocido como Personaliza Pru Art. 151.**

El objetivo de este tipo de opción de seguro será el de establecer una cuenta de Plan Personal de Retiro, en términos de los dispuesto por la fracción V del Artículo 151 de la Ley Sobre el Impuesto Sobre la Renta y con base en la autorización otorgada a la Compañía por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público mediante el oficio 366-IV-403 para fungir como administrador de Planes Personales de Retiro para personas físicas y de las disposiciones fiscales vigentes.

En el caso en que el Asegurado haya optado por contratar el plan ofrecido por la Compañía que por sus características este enfocado a ser un Plan Personal de Retiro y que se encuentre estipulado en la Carátula de la Póliza, podrá gozar de los beneficios a que se refiere el Artículo 151 fracción V de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, bajo las siguientes condiciones:

1. El Plan Personal de Retiro a que se refiere la presente Cláusula corresponde a un plan cuyos recursos son destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el Asegurado titular llegue a la edad de 65 años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social.
2. La individualización de los fondos constituidos por el Asegurado que haya optado por esta opción de plan, estará dado con base en los pagos de Primas Planeadas y/o Primas Adicionales que el mismo pague, más los Rendimientos acreditados, menos los Cargos correspondientes de acuerdo a las Cláusulas descritas en las presentes condiciones generales; adicional a lo anterior, la Compañía individualiza dichos fondos para el Asegurado mediante la constitución de la reserva matemática correspondiente.
3. El monto máximo de deducción de las aportaciones que el Asegurado podrá realizar por efectos del presente plan se ajustará a lo indicado por las leyes fiscales vigentes.

### **Fallecimiento de Asegurado**

Si el Asegurado fallece durante la Vigencia de esta Póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a la fecha de fallecimiento del Asegurado, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula “**1.34 Suma Asegurada**” de este Contrato de Seguro al (los) Beneficiario(s) designado(s) tomando en consideración la proporción indicada para cada Beneficiario.

El(Los) Beneficiario(s) designado(s) estará(n) obligado(s) a acumular en sus ingresos, los montos de indemnización que reciba de la Compañía por concepto del fallecimiento del Asegurado. La Compañía dará el tratamiento fiscal correspondiente a estos pagos de acuerdo con lo indicado en el último párrafo de la fracción V del Art. 151 LISR.

Una vez que se efectuó la indemnización de esta Cobertura, se cancelarán todos los derechos derivados de esta Póliza y la Compañía quedará liberada de todas las obligaciones derivadas de ella.

### **Sobrevivencia**

Al término de la Vigencia, si el Asegurado se encuentre con vida, la Compañía pagará la suma del Fondo Base más el Fondo Adicional constituidos a dicha fecha.

Al momento del pago de la indemnización la Compañía pondrá a disposición del Asegurado las formas de liquidación vigentes.

Una vez que se efectuó la indemnización de esta Cobertura, se cancelarán todos los derechos derivados de esta Póliza y la Compañía quedará liberada de todas las obligaciones derivadas de ella.

### **Prima**

La Prima Planeada de esta Cobertura estará integrada por los siguientes componentes:

- a) Prima de Protección. Componente de la Prima Planeada destinado para cubrir los riesgos amparados por fallecimiento y, en caso de contratarse, por Invalidez Total y Permanente y Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas, descritos en la Carátula de la Póliza, según aplique. Dicha prima no podrá ser deducible en términos del Artículo 151 fracción V de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR), por lo cual la Compañía desglosará del recibo correspondiente este concepto.
- b) Prima de Ahorro. Componente de la Prima Planeada destinado a constituir el ahorro para el retiro en el Fondo Base.

Adicional a la Prima Planeada, el pago de Primas Adicionales que realice el Contratante para la constitución del Fondo Adicional estará destinada a incrementar el beneficio para su retiro, sujetándose este Fondo a las reglas establecidas en el Artículo 151 fracción V de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR).

La Compañía entregará la constancia de aportaciones deducibles, cumpliendo los requisitos fiscales vigentes.

Los fondos para el Retiro podrán ser invertidos en valores emitidos por el Gobierno Federal, por instituciones de crédito, por empresas privadas con alta calidad crediticia o en cualquier otro tipo de valores autorizados para ser objeto de inversión por las instituciones de seguros, conforme a las reglas para la inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Es responsabilidad del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s) designado(s), según sea el caso, cumplir con las disposiciones fiscales que establezcan los límites, restricciones y obligaciones que le sean aplicables para la deducibilidad de su Prima de Ahorro y/o Prima Adicional; así como realizar la acumulación del pago que reciba por los diferentes conceptos que se deriven del presente Contrato de Seguro en sus ingresos del año. Lo anterior de acuerdo con lo que establezca la legislación fiscal vigente al momento en que la Compañía efectúe el pago correspondiente.

### **Cancelación y Retiro Parcial**

Cuando la Póliza sea cancelada anticipadamente o cuando se realice un Retiro Parcial, la Compañía retendrá, en su caso, el impuesto correspondiente, de acuerdo a lo establecido por la Ley del Impuesto Sobre la Renta y su Reglamento vigentes. Siendo responsabilidad del Contratante, Asegurado o de sus Beneficiarios cumplir con sus obligaciones fiscales derivadas de dicho ingreso, de conformidad con lo estipulado en la normatividad fiscal vigente.

## **EXCLUSIÓN PARA ESTA COBERTURA**

### **SUICIDIO**

**En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de Vigencia de esta Póliza, cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del mismo, la Compañía solamente cubrirá el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento.**

### **3.2 Adicionales**

El Contratante tendrá la opción de solicitar las siguientes coberturas adicionales como complemento de la cobertura básica y con costo adicional:

#### **3.2.1 Cobertura Temporal por Invalidez Total y Permanente**

La Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura en una sola exhibición, al sufrir el Asegurado un estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando ésta ocurra durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza o en los Endosos vigentes.

El Asegurado podrá solicitar a la Compañía el Valor de Rescate de los Fondos constituidos a la fecha de invalidez, quedando la Póliza cancelada.

Al decretarse el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Cobertura. La Compañía queda liberada de todas las obligaciones derivadas de estas Coberturas.

Si el Asegurado no presenta estado de Invalidez Total y Permanente en dicho plazo, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

## **EXCLUSIONES PARA ESTA COBERTURA**

**El goce de los beneficios por invalidez no se concederá si la invalidez es a consecuencia de:**

- Lesiones o enfermedades que se provoquen deliberadamente el propio Asegurado.
- Enfermedades psiquiátricas con o sin manifestaciones psicósomáticas.
- Lesiones o enfermedades por la participación del Asegurado en guerras, rebeliones, revoluciones, insurrecciones, motines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo.
- La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que al ocurrir el Accidente, el Asegurado viajase como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación legalmente autorizada para transportar pasajeros y sujeta a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos.
- Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se derive de un Accidente.
- Padecimientos derivados por intento de Suicidio cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.
- Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.
- Lesiones sufridas en riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en los que haya participado directamente el Asegurado.
- Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, charrería, pesca, caza, esquí (nieve y acuático), alpinismo, buceo, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier clase de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar profesional, se considerará que la actividad es profesional cuando el Asegurado reciba una remuneración económica por su realización.
- Accidentes o lesiones que se originen por Culpa Grave del Asegurado por consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol, enervantes, estupefacientes, estimulantes o sustancias psicotrópicas, alucinógenos, cualquier sustancia ilegal; o similares, no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción. Se considerará que se encuentra bajo los efectos del alcohol cuando el grado de alcoholemia supere los 0.4 mg por cada 1,000 mililitros de sangre.

### 3.2.2 Cobertura Temporal por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, si el Asegurado sufre una Muerte Accidental durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de Póliza o en los Endosos vigentes.

Si el Asegurado sufiere muerte accidental o una Pérdida Orgánica a consecuencia de un Accidente durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza, la Compañía le pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza y los Endosos vigentes para esta Cobertura:

<b>En caso de:</b>	<b>Indemnización</b>
Muerte accidental	100%
<b>Por la pérdida de:</b>	<b>Indemnización</b>
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%

En el entendido que al ocurrir más de una Pérdida de acuerdo con las definiciones de la tabla inmediata anterior o al ocurrir la Muerte Accidental, solamente se pagará el 100% de la Suma Asegurada contratada.

En caso de Pérdidas Orgánicas, si el pago de la indemnización correspondiente no agota la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, Prudential Seguros le reducirá al Contratante la Suma Asegurada por el monto de la indemnización pagada.

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

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado;
- Al agotarse la Suma Asegurada para esta Cobertura derivada de una o más Pérdidas Orgánicas que sufiere el Asegurado.

Si el Asegurado sobrevive al término del plazo de la Cobertura o no sufre una Pérdida Orgánica durante dicho plazo, la protección terminará sin obligación alguna para la Compañía.

## **EXCLUSIONES PARA ESTA COBERTURA**

**La aplicación del beneficio no procederá cuando el fallecimiento del ASEGURADO sea a consecuencia de:**

- **Lesiones auto infligidas por el Asegurado.**
- **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución, motines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo; la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intencional.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, para transportar pasajeros y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- **Accidentes que ocurran al participar el Asegurado en: pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**

- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades profesionales de paracaidismo, buceo o alpinismo.**
- **Accidentes ocurridos por Culpa Grave del Asegurado por consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol, enervantes, estupefacientes, estimulantes o sustancias psicotrópicas, alucinógenos, cualquier sustancia ilegal; o similares, no prescritos por un médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción. Se considerará que se encuentra bajo los efectos del alcohol cuando el grado de alcoholemia supere los 0.4 mg por cada 1,000 mililitros de sangre.**
- **Por trastornos de enajenación mental, tales como pero no limitados a depresión, histeria, neurosis o psicosis, salvo aquellos trastornos psiquiátricos causados a consecuencia de alguna Enfermedad Terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
- **Por problemas psicológicos, tales como pero no limitados a estrés, anorexia o bulimia, salvo aquellas Enfermedades psicológicas causadas a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
- **Por problemas psicomotores, de lenguaje o del aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, su naturaleza u origen.**
- **Por reacción o radiación nuclear, así como contaminación radioactiva o ionizante, cualquiera que sea su causa.**
- **Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.**
- **Homicidio del Asegurado, cuando éste se encuentre participando directamente en actos delictivos.**

### **3.2.3 Anticipo para Gastos Funerarios**

Al fallecimiento del Asegurado, con la sola presentación de esta Póliza y del certificado médico de defunción y siempre que hubieren transcurrido más de dos años desde su expedición, la Compañía realizará un anticipo inmediato cuyo monto máximo será el equivalente a la proporción de beneficio que el Asegurado haya asignado y hasta por el porcentaje de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza vigente de la Cobertura por fallecimiento correspondiente al Beneficiario que reclame este anticipo.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será descontada de la indemnización a que tenga derecho el Beneficiario al que se le otorgó el anticipo.

El beneficio se otorgará sin costo adicional.

### **3.2.4 Anticipo por Enfermedad Terminal**

A solicitud del Asegurado, la Compañía pagará el Anticipo de la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza o Endosos vigentes para la Cobertura de fallecimiento, siempre y cuando el Asegurado haya recibido por primera vez y durante la Vigencia de la misma, un diagnóstico de Enfermedad Terminal.

Dicho adelanto no podrá exceder el porcentaje de Suma Asegurada indicado en la Carátula de Póliza o Endosos vigentes. En el entendido de que, la Compañía deducirá del pago de la indemnización por fallecimiento del Asegurado a los Beneficiarios el anticipo realizado.

Corresponde al Asegurado, proveer pruebas a la Compañía de la Enfermedad Terminal que le fue diagnosticada, así como del diagnóstico emitido en donde se indique que la esperanza de vida corresponde a 6 (seis) meses o menos. Estas pruebas y/o el diagnóstico emitido deben incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud que, además, no tenga parentesco hasta el 2º grado consanguíneo.

Asimismo, también deberán facilitar cualquier comprobación, incluso la realización de hasta dos exámenes médicos practicados por facultativos designados por la Compañía, cuyos gastos serán a cargo de ésta.

Este anticipo se podrá hacer válido, siempre y cuando haya transcurrido el período de disputabilidad de la Póliza, esto es, dos años.

En caso de que en la Póliza se hayan designado Beneficiarios irrevocables, éstos deberán notificar a la Compañía que están de acuerdo en que el Asegurado haga uso de este derecho.

**El pago del Anticipo por Enfermedad Terminal que realice la Compañía no exime al Contratante de la obligación de continuar con el pago de las primas correspondientes indicadas en la Carátula de la Póliza, así mismo el Contratante no podrá solicitar Retiros Parciales sin embargo conservará el derecho a solicitar el Valor de Rescate del cual se deducirá el monto del anticipo otorgado.**

El beneficio se otorgará sin costo adicional.

***“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 05 de marzo de 2025, con el número CNSF-S0106-0381-2024/CONDUSEF-006622-02”.***



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



**Prudential**



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

## Mis derechos antes y durante la contratación del seguro:



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



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



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



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



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



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



En el caso de seguros universales, **que se me informe sobre la garantía de tasas, la posibilidad de realizar primas adicionales, retiros parciales y los cargos aplicables en cada situación.**



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

## Mis derechos cuando ocurra un siniestro:



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



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



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



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



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

## Mis obligaciones:



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

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de marzo de 2025, con el número CNSF-S0106-0381-2024/CONDUSEF-006622-02."

**ENDOSO DE CONDICIONES PARTICULARES**  
**Universal Life Prudential**

Datos de la Póliza			
Número de Póliza	Fecha de inicio de vigencia	Forma de Pago	Moneda
Datos del Contratante			
Nombre			
Domicilio			
RFC		CURP	
Datos del Asegurado			
Nombre			
Domicilio			
Género	Fumador (S/N)	Edad	
Fecha de nacimiento	RFC	CURP	
Endoso			
Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las condiciones generales del seguro de vida individual indicado en el presente, así como su carátula y demás documentos anexos a este.			Endoso No.
Por medio del presente endoso, se hace constar que:			
_____			
_____			

En caso de que cualquiera de los términos y condiciones que en este acto se modifica se contraponga a alguna de las condiciones generales del seguro al cual se adicionan, prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, de la cual forma parte ese endoso, permanecen sin cambio, con excepción a lo que este endoso se refiere.

Lugar y Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

(Firma de funcionario autorizado)  
 Prudential Seguros México, S. A. de C.V.

**“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 05 de marzo de 2025, con el número CNSF-S0106-0381-2024/CONDUSEF-006622-02.”**

**DATOS DEL CONTRATANTE**Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)  
\_\_\_\_\_

RFC (con homoclave) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

Domicilio (Calle y Número) \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)  
\_\_\_\_\_

RFC (con homoclave) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

Domicilio (Calle y Número) \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Número póliza \_\_\_\_\_ Fecha de emisión \_\_\_\_\_

Nombre comercial del producto \_\_\_\_\_ Plazo contratado \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de vigencia \_\_\_\_\_ Fecha de fin de vigencia \_\_\_\_\_

Nombre del Agente \_\_\_\_\_ Clave Agente \_\_\_\_\_

Moneda \_\_\_\_\_ Prima Planeada Anual \_\_\_\_\_

**DETALLE DE MOVIMIENTOS EN UDI**

Periodo del \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ al DD \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Fecha de corte: \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Saldo inicial: \_\_\_\_\_ UDI

Saldo final: \_\_\_\_\_ UDI

A continuación se muestra el detalle de movimientos en UDI para el Fondo Base

Fecha	Concepto	Importe Cliente	Cargo <sup>(3)</sup>	Importe Fondo	Saldo del Fondo <sup>(4)</sup>

A continuación se muestra el detalle de movimientos en UDI para el Fondo Adicional

Fecha	Concepto	Importe Cliente	Cargo <sup>(3)</sup>	Importe Fondo	Saldo del Fondo <sup>(4)</sup>

En caso de cancelación, el Valor de Rescate a esta fecha es de \_\_\_\_\_ UDIs

Tasa de interés anual promedio en el periodo: \_\_\_\_%

Intereses acreditados en el periodo: \_\_\_\_ UDI

 El saldo del fondo al final del periodo es de<sup>(5)</sup> : \_\_\_\_\_ pesos

 Intereses acreditados en el periodo<sup>(5)</sup>: \_\_\_\_\_ pesos

Tasa de interés mínima garantizada anual: \_\_\_\_%, los rendimientos pudieran ser superiores, lo cual dependerá del entorno y comportamiento de los mercados financieros.

- (1) Incluye la Prima Planeada y, en caso de existir, la Prima Adicional.
- (2) Incluye Costo de Mortalidad de la Cobertura Básica, Costo de las Coberturas Adicionales y Cargo Fijo.
- (3) Incluye el Cargo porcentual sobre la prima, Cargo porcentual sobre la Prima Adicional y el cargo adicional por Retiro Parcial.
- (4) El saldo del fondo se muestra en cada movimiento reportado anteriormente e incluye los intereses acreditados en el periodo.
- (5) Importe de referencia considerando un Valor de UDI de \_\_\_\_ al cierre del \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

### **Los rendimientos producidos en el pasado no garantizan un rendimiento similar en el futuro.**

En caso de realizar retiros parciales o cancelar tu póliza, se aplicará la retención de impuestos conforme a la Ley del Impuesto Sobre la Renta vigente.

Una vez que el Asegurado reciba este Estado de Cuenta, tendrá un plazo de 30 (treinta) días naturales para realizar cualquier aclaración, la cual deberá ser notificada por escrito a Prudential. En caso de no recibirse aclaraciones durante dicho periodo, el mismo se considerará como aceptado.

**IMPORTANTE:** Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: [atencionclientes.mex@prudential.com](mailto:atencionclientes.mex@prudential.com) y/o teléfono de atención (55) 11 03-70 00. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: [consultasyquejas@prudential.com](mailto:consultasyquejas@prudential.com) o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a 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).

**Este documento es informativo y no tiene validez fiscal.**

Le recordamos que el aviso de privacidad de la Compañía se encuentra a su disposición en [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 05 de marzo de 2025, con el número CNSF-S0106-0381-2024/CONDUSEF-006622-02.”***

**CAMBIO DE BENEFICIARIOS**  
**Universal Life Prudential**

No. Póliza \_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO**

Datos del Asegurado	
Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)	
Fecha de nacimiento	

Solicito se realice el cambio de Beneficiarios de la Póliza en referencia a quedar en:

Solicitud	Beneficiario Número	Nombre del Beneficiario	Fecha de nacimiento del Beneficiario	Nacionalidad	Irrevocable
1	1		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	2		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	4		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	6		D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Solicitud	Beneficiario Número	Parentesco o relación con el asegurado	%	¿Domicilio igual al del asegurado?
				En caso de ser distinto favor de proporcionar domicilio completo.
1	1			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	2			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	3			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	5			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	6			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## ■ MOTIVO DE LA DESIGNACIÓN

En caso de no existir parentesco de primer grado o dependencia económica de los Beneficiarios con respecto al solicitante o asegurado, explicar el motivo de la designación.

**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 su minoría de edad, 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.

---

---

---

---

## AVISO DE PRIVACIDAD

Al firmar este documento, acepto que los datos personales que proporcione a través de este formato serán tratados por **Prudential Seguros México, S.A. de C.V.**, con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/> Sección Aviso de Privacidad

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

Firma del Beneficiario \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

Fecha 

DD	MM	AA	AA	AA	AA
----	----	----	----	----	----

**\* En caso de que el beneficiario designado inicialmente haya sido nombrado con el carácter de irrevocable, deberá firmar este formato dando su autorización para este cambio y anexar copia de una identificación oficial vigente.**

**“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 05 de marzo de 2025, con el número CNSF-S0106-0381-2024/CONDUSEF-006622-02.”**