

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

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

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

1. Datos del Contratante

Nombre completo, denominación o razón social:	
Domicilio completo (Calle, número exterior e interior, Municipio o Alcaldía, C.P., Entidad Federativa):	
Fecha de nacimiento o constitución:	
R.F.C. con homoclave:	Correo electrónico:
Teléfono:	Nacionalidad:
Entidad Federativa de Nacimiento:	País de Nacimiento:
Clave Única de Registro de Población (CURP):	
Si cuenta con un domicilio en el extranjero favor de indicarlo:	
Firma Electrónica Avanzada:	
<input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral	Folio mercantil:
Actividad o giro mercantil (objeto social/actividades principales de la empresa):	

¿La empresa contratante cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos o es subsidiaria con una participación mayor al 50% o es una entidad gubernamental? 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)

2. Datos de Pago de la Póliza

Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	Plazo de pago: _____ Días
---	---------------------------

3. Tipo de pago

Tarjeta de crédito o débito Transferencia bancaria Link de pago Centro de contacto telefónico
 Depósito bancario a través de ficha de depósito referenciado

4. Datos del Representante Legal del Contratante

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:
Nacionalidad:	

Tipo de identificación:	Número de Identificación:
-------------------------	---------------------------

5. Descripción del Grupo

Descripción del Grupo Asegurable: _____.	
--	--

Relación del Grupo con el Contratante: <input type="checkbox"/> Empresa-Cliente <input type="checkbox"/> Patrón-Empleado <input type="checkbox"/> Asociación-Asociado Otro: _____.	
---	--

Características particulares y/o especiales de la colectividad: _____.	
--	--

Pago de la prima: <input type="checkbox"/> Contributorio	<input type="checkbox"/> No Contributorio
--	---

Monto o porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro del Grupo: _____ (únicamente en caso de aplicar).

¿El objetivo de la contratación del seguro será garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?

Sí No

En caso de la respuesta anterior sea afirmativa detalle cuál(es): _____.

Si el Grupo ha estado asegurado anteriormente, proporcione el nombre de la compañía de seguros y la vigencia de la póliza:

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

Operación: Vida

¿Desea que la póliza sea autoadministrada? Sí No

En caso de que la respuesta sea afirmativa, la Compañía emitirá en conjunto con la Póliza, el endoso de Autoadministración correspondiente, en donde se especificarán los derechos y obligaciones del Contratante y la Compañía.

***Llenar únicamente cuando se desee contratar el Endoso de la Cobertura Deudores:**

Endoso *Cobertura Deudores: Sí No

Regla para determinar la suma asegurada individual: Suma Asegurada Fija Monto de Saldo Insoluto

Acreditante:

6. Datos de los Asegurados Titulares

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

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

7. Dependiente(s) Económico(s)*

En caso de estar indicados como personas amparadas en la(s) cobertura(s) que a continuación se defina(n), el(los) Dependiente(s) Económico(s)* del Asegurado Titular estará(n) protegido(s), según lo establecido en la cláusula 1. "DEFINICIONES" de las Condiciones Generales del seguro, específicamente en la definición 1.14. sobre "Dependientes Económicos", y de conformidad con lo señalado en las mismas.

8. Coberturas y sumas aseguradas

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

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

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

<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*
<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*
<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*

Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)

9. Datos del Agente

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

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

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

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

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

Nombre y Firma del Agente y/o Apoderado

10. Envío de documentación contractual

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

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

11. Aviso de Privacidad

AVISO DE PRIVACIDAD: Los datos personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante "Prudential"), con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, quien será Responsable del tratamiento de sus datos personales. Le informamos que los datos personales recabados serán tratados para identificarle, registrarle y contactarle por distintos medios de comunicación, así como para realizar la evaluación del riesgo correspondiente y, en caso de que resulte aplicable, proceder con la formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio, para cumplir con las obligaciones exigibles en términos de las disposiciones legales que resulten aplicables. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral visite https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf

Manifiesto que fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de Prudential Seguros México, S.A. de C.V., por lo que autorizo el tratamiento de mis Datos Personales para los fines señalados en el mismo, incluyendo el intercambio de información para el

cumplimiento del contrato de seguro. Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los datos personales proporcionados en esta solicitud, las finalidades de su tratamiento.

12. Uso de Medios Electrónicos y Firma Sustitutiva

Para efectos de esta solicitud de seguro, confirmo que fui informado que al realizar el proceso con medios electrónicos autorizados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., y según las Condiciones Generales del seguro, así como los Términos de Uso de Medios Electrónicos disponibles en www.prudentialseguros.com.mx, cualquier firma autógrafa se ha sustituido por medios electrónicos y digitales válidos, según el artículo 214 de la Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas y los capítulos 4.10 y 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, y los mecanismos de autenticación utilizados están legalmente validados.

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

13. Declaraciones del Contratante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. Importante Leer

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

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

Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: atencionclientes.mex@prudential.com y/o teléfono de atención (55) 1103-7000. En caso de inconformidad, contácte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55)

1103-7000, por correo electrónico: consultasyquejas@prudential.com o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

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

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

Lugar y Fecha

Nombre y Firma del Contratante y/o Representante Legal

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”

SEGURO GRUPO VIDA
Formato de Designación de Beneficiarios

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

Nombre del Asegurado: _____

Número de Consentimiento/Certificado Individual: _____

Beneficiarios Designados

Nombre completo del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje	¿Es irrevocable? Sí o No
1.-			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.-			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.-			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.-			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

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

Advertencia

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

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

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

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

Firma del Asegurado: _____

Firma de los Beneficiarios Irrevocables (si aplica): _____

1. _____

2. _____

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”

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

1. Datos de la Póliza					
Número de Póliza		Número de Consentimiento/Certificado Individual			
Fecha Inicio Vigencia de la Póliza		(dd/mm/aaaa)	Fecha Inicio	Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual	(dd/mm/aaaa)
Fecha Fin Vigencia de la Póliza		(dd/mm/aaaa)	Fecha Fin	Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual	(dd/mm/aaaa)
Fecha de emisión		(dd/mm/aaaa)	Forma de Pago		
Operación		Vida	Moneda		Plazo de pago
Prestación Laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Participación de utilidades/dividendos:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Acreditante					
Regla para determinar la Suma Asegurada Máxima Individual	<input type="checkbox"/> Suma Asegurada Fija <input type="checkbox"/> Monto de Saldo Insoluto				
2. Datos del Contratante					
Nombre completo, denominación o razón social					
3. Características del Seguro Contratado					
Monto o Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad (únicamente llenar en caso de aplicar)					
Subgrupo					
4. Datos del Asegurado Titular					
Nombre completo					
Domicilio					
Fecha de nacimiento	(dd/mm/aaaa)	Edad Alcanzada		Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro
Correo electrónico				Teléfono	
Acepto contribuir al pago de las primas, con la cantidad de \$ _____ con periodicidad _____, a efecto de participar en el costo de las coberturas solicitadas en este documento. Para todos los efectos que pueda tener este Consentimiento/Certificado Individual, hago constar que las declaraciones contenidas en él, las he hecho personalmente y son en todo verídicas.					
5. Dependiente(s) Económico(s)					
En caso de estar indicados como personas amparadas en la(s) cobertura(s) que a continuación se definan, el(los) Dependiente(s) Económico(s)* del Asegurado Titular estará(n) protegido(s), según lo establecido en la cláusula 1. "DEFINICIONES" de las Condiciones Generales del seguro, específicamente en la definición 1.14 sobre "Dependientes Económicos", y de conformidad con lo señalado en las mismas.					
*Definición contenida en el apartado "10.1. Condiciones Particulares" de este Consentimiento/Certificado Individual, para rápida consulta.					
6. Coberturas Amparadas					
Cobertura	Personas Amparadas		Suma Asegurada o regla para determinarla	Prima del periodo	
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes				

	Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		

Suma Asegurada Máxima Individual (SAM):	Prima total del periodo
--	--------------------------------

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

El Beneficio de Anticipo por Fallecimiento por cualquier causa es _____ % de la Suma Asegurada.

El Beneficio de Anticipo por Enfermedad Grave Terminal es de _____ % de la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa.

7. Designación de Beneficiarios

Beneficiario Preferente e Irrevocable:

Respecto al Saldo Insoluto, el Beneficiario Preferente e Irrevocable será el Acreditante, en su calidad de titular del derecho a recibir la indemnización correspondiente, derivada del Crédito otorgado al Acreditado Asegurado.

En caso de existir una cantidad remanente una vez cubierto el Saldo Insoluto a favor del Acreditante, dicho remanente se pagará conforme a lo siguiente:

- i. Tratándose de la cobertura básica de Fallecimiento por cualquier causa, a las personas designadas por el Acreditado Asegurado en el formato de designación de beneficiarios o conforme a lo previsto en la cláusula de beneficiarios de las Condiciones Generales de la Póliza; y
- ii. Tratándose de la cobertura adicional de Invalididad Total y Permanente por Accidente, al propio Acreditado Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios que haya designado, mediante notificación por escrito a la Compañía. En caso de no recibir dicha notificación oportunamente a través de los medios indicados en las Condiciones Generales de este seguro, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente de la que tenga conocimiento o de acuerdo con lo establecido en la cláusula "3.17. Beneficiarios" de las Condiciones Generales.

7.1. ADVERTENCIA

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

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

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

8. Aviso de Privacidad

AVISO DE PRIVACIDAD: Los datos personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante "Prudential"), con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, quien será Responsable del tratamiento de sus datos personales. Le informamos que los datos personales recabados serán tratados para identificarle, registrarle y contactarle por distintos medios de comunicación, así como para realizar la evaluación del riesgo correspondiente y, en caso de que resulte aplicable, proceder con la formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio, para cumplir con las obligaciones exigibles en términos de las disposiciones legales que resulten aplicables.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral visite https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf

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

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

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

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

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

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

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

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida."

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

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al

nuevo Contratante.

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

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

10. IMPORTANTE LEER

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

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

- Proporcionando al Contratante los Consentimientos/Certificados Individuales de todos y cada uno de los Asegurados, así como toda la documentación contractual que corresponda al contrato de seguro, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.
- Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento.

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

10.1. Condiciones Particulares

1.1 Dependientes Económicos

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

- Asegurado Titular Soltero Sin Padres y Sin Hijos: Se considerará asegurado únicamente al Asegurado Titular de la Póliza. **No se proporcionará cobertura para otras personas.**
- Asegurado Titular Soltero (Viudo o Divorciado) Sin Hijos: Se considerarán sus padres.
- Asegurado Titular Soltero (Viudo o Divorciado) Con Hijos: Se considerarán hasta tres hijos de 0 (cero) meses de edad a 25 (veinticinco) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico.

Las coberturas de Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento) y Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) así como la cobertura de Gastos Funerarios sólo podrán contratarse para Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad. En caso de que el Asegurado sea menor de 12 (doce) años de edad, dichas coberturas se limitarán a una Suma Asegurada máxima equivalente a 10 (diez) Unidades de Medida y Actualización (UMA) mensuales.

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

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

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

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

Al término de la vigencia, el Consentimiento/Certificado Individual podrá renovarse conforme a los términos establecidos, con restablecimiento de las coberturas contratadas, salvo lo establecido en la cláusula "3.20. TERMINACIÓN DEL SEGURO" de las Condiciones Generales del seguro.

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

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

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

- **Siniestro.** - Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, por escrito dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que tenga dicho conocimiento, salvo que el Asegurado incurriere en mora por caso fortuito o fuerza mayor, es ese tenor, el reclamante podrá cumplir con el aviso a la Compañía tan pronto como desaparezca el impedimento. **La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el Contratante y/o, el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del Siniestro. Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el**

Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado la Compañía. La Compañía tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

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

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

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

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Dirección de internet: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el territorio nacional: 800 999 8080

- **Indemnización por mora.** - En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización correspondiente en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.
- **Prescripción.** - Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, tratándose de las coberturas de fallecimiento y 2 (dos) años en los demás casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de dicha ley.

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

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

DERECHOS DEL ASEGURADO Y DE SUS BENEFICIARIOS

- En caso de que se señale en este Consentimiento/Certificado Individual una Suma Asegurada en cantidad líquida la designación de Beneficiario en favor del Acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al Saldo Insoluto del Crédito, pero sin exceder de la Suma Asegurada convenida. Si la Suma Asegurada

convenida excede el importe del Saldo Insoluto al ocurrir el Siniestro, el remanente se pagará al Acreditado Asegurado, a su sucesión o a sus Beneficiarios distintos del Acreditante, según corresponda.

- En caso de que en este Consentimiento/Certificado Individual se establezca que la Suma Asegurada equivale al Saldo Insoluto del Crédito aplicará lo siguiente: Que el Acreditado Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Acreditante Beneficiario del seguro, el importe del Saldo Insoluto amparado por el seguro más sus accesorios; que la Compañía se obliga a notificar al Acreditado Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Acreditante Beneficiario del seguro el importe del Saldo Insoluto, y que el Acreditado Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el presente párrafo.

Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: atencionaclientes.mex@prudential.com y/o teléfono de atención (55) 1103-7000. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: consultasyquejas@prudential.com o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

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

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

11. Envío de documentación contractual

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

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

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

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

12. Uso de Medios Electrónicos y Firma Sustitutiva

Para efectos del Consentimiento/Certificado Individual, confirmo que fui informado que al realizar el proceso con medios electrónicos autorizados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., y según las Condiciones Generales del seguro, así como los Términos de Uso de Medios Electrónicos disponibles en www.prudentialseguros.com.mx, cualquier firma autógrafa se ha sustituido por medios electrónicos y digitales válidos, según el artículo 214 de la Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas y los capítulos 4.10 y 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, y los mecanismos de autenticación utilizados están legalmente validados.



CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL CON COBERTURA DEUDORES
SEGURO VIDA GRUPO 2025
Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

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

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

Firma del Asegurado Titular

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

Contacto

Reporte de siniestro:
Teléfono:

Servicio a clientes:
Teléfono:

www.prudentialseguros.com.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”

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

1. Datos de la Póliza					
Número de Póliza		Número de Consentimiento/Certificado Individual			
Fecha Inicio Vigencia de la Póliza		(dd/mm/aaaa)	Fecha Inicio	Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual	(dd/mm/aaaa)
Fecha Fin Vigencia de la Póliza		(dd/mm/aaaa)	Fecha Fin	Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual	(dd/mm/aaaa)
Fecha de emisión		(dd/mm/aaaa)	Forma de Pago		
Operación		Vida	Moneda		Plazo de pago
Prestación Laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Participación de utilidades/dividendos:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. Datos del Contratante					
Nombre completo, denominación o razón social					
3. Características del Seguro Contratado					
Monto o Porcentaje con el que contribuirá al pago de la prima cada miembro de la colectividad (únicamente llenar en caso de aplicar)					
Subgrupo					
4. Datos del Asegurado Titular					
Nombre completo					
Domicilio					
Fecha de nacimiento	(dd/mm/aaaa)	Edad Alcanzada		Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro
Correo electrónico				Teléfono	
Acepto contribuir al pago de las primas, con la cantidad de \$_____ con periodicidad _____, a efecto de participar en el costo de las coberturas solicitadas en este documento. Para todos los efectos que pueda tener este Consentimiento/Certificado Individual, hago constar que las declaraciones contenidas en él, las he hecho personalmente y son en todo verídicas.					
5. Dependiente(s) Económico(s)					
En caso de estar indicados como personas amparadas en la(s) cobertura(s) que a continuación se definan, el(los) Dependiente(s) Económico(s)* del Asegurado Titular estará(n) protegido(s), según lo establecido en la cláusula 1. "DEFINICIONES" de las Condiciones Generales del seguro, específicamente en la definición 1.14 sobre "Dependientes Económicos", y de conformidad con lo señalado en las mismas.					
*Definición contenida en el apartado "10.1. Condiciones Particulares" de este Consentimiento/Certificado Individual, para rápida consulta.					
6. Coberturas Amparadas					
Cobertura	Personas Amparadas		Suma Asegurada o regla para determinarla	Prima del periodo	
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*				
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes				

	Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		

Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI):	Prima total del periodo	
---	--------------------------------	--

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

El Beneficio de Anticipo por Fallecimiento por cualquier causa es _____ % de la Suma Asegurada.

El Beneficio de Anticipo por Enfermedad Grave Terminal es de _____ % de la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa.

7. Designación de Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios que haya designado, mediante notificación por escrito a la Compañía. En caso de no recibir dicha notificación oportunamente a través de los medios indicados en las Condiciones Generales de este seguro, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente de la que tenga conocimiento o de acuerdo con lo establecido en la cláusula "3.17. Beneficiarios" de las Condiciones Generales.

7.1. ADVERTENCIA

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

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

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

8. Aviso de Privacidad

AVISO DE PRIVACIDAD: Los datos personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante "Prudential"), con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, quien será Responsable del tratamiento de sus datos personales. Le informamos que los datos personales recabados serán tratados para identificarle, registrarle y contactarle por distintos medios de comunicación, así como para realizar la evaluación del riesgo correspondiente y, en caso de que resulte aplicable, proceder con la formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio, para cumplir con las obligaciones exigibles en términos de las disposiciones legales que resulten aplicables.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral visite https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf

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

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

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

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

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

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

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

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.”

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

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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

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

10. IMPORTANTE LEER

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

La Compañía deberá expedir y entregar en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de alta en el Grupo Asegurado de la Póliza, un Consentimiento/Certificado Individual para cada uno de los Asegurados,

así como las Condiciones Generales de su Póliza y toda la documentación contractual correspondiente a este contrato de seguro. La entrega se realizará a través del medio seleccionado para tal efecto o conforme a lo establecido en las Condiciones Generales del Seguro. Previa celebración de un convenio con el Contratante, la Compañía podrá cumplir con esta obligación mediante alguna de las siguientes modalidades:

- a) Proporcionando al Contratante los Consentimientos/Certificados Individuales de todos y cada uno de los Asegurados, así como toda la documentación contractual que corresponda al contrato de seguro, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.
- b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

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

10.1. Condiciones Particulares

1.1 Dependientes Económicos

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

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

Consideraciones adicionales: En los casos descritos en los incisos c), d) y e), también podrán considerarse como Dependientes Económicos los padres del Asegurado Titular, siempre que el Contratante haya solicitado expresamente

su inclusión y la Compañía lo haya aceptado, lo cual deberá constar en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

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

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

Al término de la vigencia, el Consentimiento/Certificado Individual podrá renovarse conforme a los términos establecidos, con restablecimiento de las coberturas contratadas, salvo lo establecido en la cláusula "3.20. TERMINACIÓN DEL SEGURO" de las Condiciones Generales del seguro.

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

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

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

- **Siniestro.** - Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, por escrito dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que tenga dicho conocimiento, salvo que el Asegurado incurriere en mora por caso fortuito o fuerza mayor, es ese tenor, el reclamante podrá cumplir con el aviso a la Compañía tan pronto como desaparezca el impedimento. **La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el Contratante y/o, el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del Siniestro. Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado la Compañía.** La Compañía tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.
- **Competencia.** - En caso de controversia, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de 2 (dos)

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

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

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

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. Dirección de internet: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el territorio nacional: 800 999 8080

- Indemnización por mora.** - En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización correspondiente en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.
- Prescripción.** - Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, tratándose de las coberturas de fallecimiento y 2 (dos) años en los demás casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de dicha ley.

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

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

Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: atencionclientes.mex@prudential.com y/o teléfono de atención (55) 1103-7000. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: consultasyquejas@prudential.com o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

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

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

11. Envío de documentación contractual

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

del Grupo Asegurado.

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

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

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

12. Uso de Medios Electrónicos y Firma Sustitutiva

Para efectos del Consentimiento/Certificado Individual, confirmo que fui informado que al realizar el proceso con medios electrónicos autorizados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., y según las Condiciones Generales del seguro, así como los Términos de Uso de Medios Electrónicos disponibles en www.prudentialseguros.com.mx, cualquier firma autógrafa se ha sustituido por medios electrónicos y digitales válidos, según el artículo 214 de la Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas y los capítulos 4.10 y 4.11 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, y los mecanismos de autenticación utilizados están legalmente validados.

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

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

Firma del Asegurado Titular

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

Contacto

Reporte de siniestro: Teléfono:	Servicio a clientes: Teléfono:	www.prudentialseguros.com.mx
------------------------------------	-----------------------------------	--

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”

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

1. Datos Generales de la Póliza

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

2. Datos del Grupo Asegurado

Grupo Asegurado:	Participación de utilidades/dividendos:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Subgrupo:	Total de Asegurados Titulares:	
Edad mínima de aceptación:	Edad máxima de aceptación:	
Edad máxima de renovación:	Edad máxima de cancelación:	

2.1. Sección únicamente aplicable cuando se haya contratado la Cobertura Deudores

Endoso *Cobertura Deudores: Si No

Acreditante/Beneficiario Preferente e Irrevocable:

Regla para determinar la Suma Asegurada Máxima Individual: Suma Asegurada Fija Monto de Saldo Insoluto

*La Cobertura Deudores se otorga exclusivamente mediante el Endoso correspondiente, siempre que dicho Endoso se indique expresamente como parte integrante de esta Póliza en la presente carátula. Esta cobertura no modifica la naturaleza del producto de Vida Grupo.

3. Detalles de Coberturas Amparadas

Coberturas	Personas Amparadas	Suma Asegurada o regla para determinarla	Prima Anual
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes Económicos*		
	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes		

<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependientes	Económicos* Económicos*	
Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI):		Prima Neta: Financiamiento por Pago Fraccionado: Gastos de Expedición: Prima Total:

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

El Beneficio de Anticipo por Fallecimiento por cualquier causa es ____% de la Suma Asegurada.

El Beneficio de Anticipo por Enfermedad Grave Terminal es de ____% de la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa.

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

4. Aviso de Privacidad

AVISO DE PRIVACIDAD: Los datos personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante "Prudential"), con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, quien será Responsable del tratamiento de sus datos personales. Le informamos que los datos personales recabados serán tratados para identificarle, registrarle y contactarle por distintos medios de comunicación, así como para realizar la evaluación del riesgo correspondiente y, en caso de que resulte aplicable, proceder con la formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio, para cumplir con las obligaciones exigibles en términos de las disposiciones legales que resulten aplicables. Para conocer el Aviso de Privacidad Integral visite https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV_Integral_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf

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

5. IMPORTANTE LEER

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

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

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

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

“Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán

aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

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

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

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

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

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida."

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

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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

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

La Compañía deberá expedir y entregar en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de alta en el Grupo Asegurado de la Póliza, un Consentimiento/Certificado Individual para cada uno de los Asegurados. La Compañía, previo convenio con el Contratante, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar los Consentimientos/Certificados Individuales, mediante alguna de las siguientes opciones:

- a) Proporcionando al Contratante los Consentimientos/Certificados Individuales de todos y cada uno de los Asegurados, así como toda la documentación contractual que corresponda al contrato de seguro, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.
- b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En todos los casos, tanto el Contratante, como el Asegurado pueden solicitar a la Compañía el Consentimiento/Certificado Individual y/o la documentación contractual correspondiente a este seguro. Para ello, el Contratante y/o Asegurado deberán realizar la solicitud a la Compañía, que proporcionará la documentación en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de solicitud, utilizando el medio elegido en la solicitud del seguro y/o el Consentimiento/Certificado Individual; o, según lo indicado en las Condiciones Generales del Seguro.

DERECHOS DEL ASEGURADO Y DE SUS BENEFICIARIOS

- En caso de que se señale en esta carátula una Suma Asegurada en cantidad líquida la designación de Beneficiario en favor del Acreditante le confiere derecho al pago de una cantidad hasta por el equivalente al Saldo Insoluto del Crédito, pero sin exceder de la Suma Asegurada convenida. Si la Suma Asegurada convenida excede el importe del Saldo Insoluto al ocurrir el Siniestro, el remanente se pagará al Acreditado Asegurado, a su sucesión o a sus Beneficiarios distintos del Acreditante, según corresponda.
- En caso de que en esta carátula se establezca que la Suma Asegurada equivale al Saldo Insoluto del Crédito aplicará lo siguiente: Que el Acreditado Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Acreditante Beneficiario del seguro, el importe del Saldo Insoluto amparado por el seguro más sus accesorios; que la Compañía se obliga a notificar al Acreditado Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Acreditante Beneficiario del seguro el importe del Saldo Insoluto, y que el Acreditado Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el presente párrafo.

Para cualquier consulta, queja, aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: atencionaclientes.mex@prudential.com y/o teléfono de atención (55) 1103-7000. En caso de inconformidad, contacte a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: consultasyquejas@prudential.com o puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

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

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

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

Lugar y Fecha

Firma Funcionario Autorizado**Contacto**

Reporte de siniestros:

Servicio a clientes:

Página web:

“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 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”



Prudential

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES
Seguro de Vida Grupo 2025

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES “Seguro de Vida Grupo 2025”

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

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

Contenido

1. DEFINICIONES.....	1
1.1 ACCIDENTE.....	1
1.2 ACCIDENTE CUBIERTO	1
1.3 ASEGURADO	1
1.4 ASEGURADO TITULAR	1
1.5 BENEFICIARIO.....	1
1.6 CARÁTULA DE LA PÓLIZA.....	2
1.7 CNSF.....	2
1.8 COMPAÑÍA.....	2
1.9 CONDICIONES GENERALES	2
1.10 CONDICIONES PARTICULARES	2
1.11 CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL	2
1.12 CONTRATANTE	2
1.13 CULPA GRAVE	2
1.14 DEPENDIENTES ECONÓMICOS	2
1.15 DEPORTE PROFESIONAL	3
1.16 DEPORTE DE ALTO RIESGO	3
1.17 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN	3
1.18 DIAGNÓSTICO	3
1.19 ENDOSO	3
1.20 ENFERMERO(A)	3
1.21 ENFERMEDAD GRAVE TERMINAL	4
1.22 EXCLUSIONES	4
1.23 GRUPO ASEGURABLE	4
1.24 GRUPO ASEGURADO	4
1.25 HOSPITAL	4
1.26 HOSPITALIZACIÓN	4
1.27 LEY	4
1.28 MÉDICO.....	4
1.29 MUERTE ACCIDENTAL	5
1.30 PÉRDIDAS ORGÁNICAS	5
1.31 PERÍODO AL DESCUBIERTO.....	5

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

1.32	PERIODO DE GRACIA	6
1.33	PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN.....	6
1.34	PLAN	6
1.35	PÓLIZA	6
1.36	PRIMA.....	6
1.37	PRIMA NETA	6
1.38	REGLAMENTO	6
1.39	RESERVA MATEMÁTICA	6
1.40	SINIESTRO	6
1.41	SUBGRUPO.....	6
1.42	SUMA ASEGURADA.....	7
1.43	SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL (SAM).....	7
1.44	UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA).....	7
1.45	VIGENCIA	7
2.	CONDICIONES PARTICULARES.....	8
2.1.	COBERTURAS BÁSICAS	8
2.1.1.	FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA (FALLECIMIENTO).....	8
2.1.1.1.	EXCLUSIONES.....	8
2.1.1.2.	BENEFICIO DE ANTICIPO POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA (SIN COSTO ADICIONAL)	9
2.1.1.3.	BENEFICIO DE ANTICIPO POR ENFERMEDAD GRAVE TERMINAL (SIN COSTO ADICIONAL)	9
2.1.2.	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE (MUERTE ACCIDENTAL)	10
2.1.2.1.	EXCLUSIONES.....	10
2.2.	COBERTURAS ADICIONALES (CON COSTO).....	11
2.2.1.	GASTOS FUNERARIOS	11
2.2.1.1.	EXCLUSIONES.....	12
2.2.2.	PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (TABLA DE INDEMNIZACIÓN ESCALA B)	12
2.2.2.1.	EXCLUSIONES.....	13
2.2.3.	INDEMNIZACIÓN DE GASTOS HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE	14
2.2.3.1.	MONTO MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN	14
2.2.3.2.	DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA	14
2.2.3.3.	GASTOS CUBIERTOS	15
2.2.3.4.	OTROS SEGUROS.....	15
2.2.3.5.	EXCLUSIONES.....	16
2.2.4.	RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE	18
2.2.4.1.	PERIODO MÁXIMO DE BENEFICIO	18

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

2.2.4.2.	EXCLUSIONES	19
2.2.5.	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	19
2.2.5.1.	EXCLUSIONES	20
2.3.	DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO	21
2.4.	COBERTURAS ADICIONALES CONTRATABLES MEDIANTE ENDOSO	22
3.	CLÁUSULAS GENERALES	23
3.1.	CONTRATO DE SEGURO	23
3.2.	OBJETO DEL SEGURO	23
3.3.	LUGAR DE RESIDENCIA	23
3.4.	RENOVACIÓN	23
3.6.	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	24
3.7.	MODIFICACIONES	24
3.8.	MONEDA.....	24
3.9.	PAGO DE LA PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA.....	24
3.10.	CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL PAGO DE LA PRIMA	25
3.11.	REHABILITACIÓN	25
3.12.	REGISTRO DE ASEGURADOS.....	26
3.13.	MOVIMIENTO DE ASEGURADOS	26
3.13.1.	<i>Altas al Grupo Asegurado</i>	26
3.13.2.	<i>Bajas en el Grupo Asegurado</i>	26
3.14.	CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS INDIVIDUALES	27
3.14.1.	<i>Entrega a los Asegurados</i>	27
3.15.	ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	27
3.16.	DIVIDENDOS	28
3.17.	BENEFICIARIOS	28
3.18.	EDAD.....	30
3.19.	CARENCIA DE RESTRICCIONES	30
3.20.	TERMINACIÓN DEL SEGURO	30
3.21.	CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO	31
3.22.	DISPUTABILIDAD	32
3.23.	OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	32
3.24.	SINIESTRO	32
3.25.	FRAUDE, DOLO O MALA FE.....	33
3.26.	ARBITRAJE	33
3.27.	PAGO DEL SINIESTRO	33
3.28.	AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA	34
3.29.	PRUEBAS.....	34
3.30.	COMUNICACIÓN	34
3.31.	COMPETENCIA.....	34
3.32.	USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	35
3.33.	COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA	35
3.34.	INDEMNIZACIÓN POR MORA	35
3.35.	RESPONSABILIDAD FISCAL.....	35
3.36.	PRESCRIPCIÓN	35
3.37.	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	36
3.38.	CAMBIO DE CONTRATANTE	36
3.39.	ADMINISTRACIÓN	37
3.40.	DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....	37

4. MARCO NORMATIVO.....	38
4.1. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO	38
4.2. LIGA A CITA DE PERCEPTOS LEGALES.	38
4.3. INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS	38
ANEXO DE EDADES DE ACEPTACIÓN Y CANCELACIÓN	1

Muestra sin valor

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

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

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 el Consentimiento/Certificado Individual de este seguro, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

1. DEFINICIONES

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

1.1 Accidente

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

1.2 Accidente Cubierto

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

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

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

1.3 Asegurado

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

1.4 Asegurado Titular

Es aquél que pertenece al Grupo Asegurado y que otorga voluntariamente su consentimiento para ser Asegurado en el Plan contratado por el Contratante.

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

1.5 Beneficiario

Persona(s) designada(s) como tal(es) por el (los) Asegurado(s) en el Consentimiento/Certificado Individual, debidamente requisitado por éste, para la celebración de este Contrato de Seguro o que designe posteriormente mediante el formato de designación de Beneficiarios o a falta de esta designación previa serán las personas señaladas en la cláusula 3.17. "Beneficiarios" de estas Condiciones Generales.

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

1.6 Carátula de la Póliza

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

1.7 CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.8 Compañía

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

1.9 Condiciones Generales

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

1.10 Condiciones Particulares

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

1.11 Consentimiento/Certificado Individual

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

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

1.12 Contratante

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

1.13 Culpa Grave

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

1.14 Dependientes Económicos

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

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

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

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

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

1.15 Deporte Profesional

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

1.16 Deporte de Alto Riesgo

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

1.17 Día de Hospitalización

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

1.18 Diagnóstico

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

1.19 Endoso

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

1.20 Enfermero(a)

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

1.21 Enfermedad Grave Terminal

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

1.22 Exclusiones

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

1.23 Grupo Asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito con el Contratante, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

1.24 Grupo Asegurado

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

1.25 Hospital

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

1.26 Hospitalización

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

1.27 Ley

Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS).

1.28 Médico

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

1.29 Muerte Accidental

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

1.30 Pérdidas Orgánicas

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

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

1.31 Periodo al Descubierto

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

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

1.32 Periodo de Gracia

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

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

1.33 Periodo de Hospitalización

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

1.34 Plan

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

1.35 Póliza

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

1.36 Prima

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

1.37 Prima Neta

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

1.38 Reglamento

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

1.39 Reserva Matemática

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

1.40 Siniestro

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

1.41 Subgrupo

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

principios actuariales y normativos aplicables.

1.42 Suma Asegurada

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

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

1.43 Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)

Suma Asegurada Máxima que se concede a cada Asegurado sin que tenga que aplicarse una evaluación médica previa al otorgamiento del Seguro. En caso de que el Contratante solicite una Suma Asegurada mayor al SAMI para uno o varios Asegurados, la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad como llenado de cuestionarios médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo particular, notificando por escrito la aceptación o rechazo de la misma dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de entrega de los exámenes o cuestionarios correspondientes.

1.44 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 mensual de dicha unidad a la fecha en que ocurra el Siniestro amparado por este contrato.

1.45 Vigencia

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

2. CONDICIONES PARTICULARES

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

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

2.1. Coberturas Básicas

El Contratante a través de la solicitud hecha a la Compañía podrá adquirir este Contrato de Seguro con una o ambas coberturas básicas por lo que serán aplicables solo aquellas que aparezcan expresamente como amparadas en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado bajo las siguientes condiciones particulares:

2.1.1. Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento)

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la Vigencia establecida en la Carátula de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual, y siempre que ambos se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de Beneficiarios la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual.

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

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

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

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

2.1.1.1. Exclusiones

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

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

2.1.1.2. Beneficio de Anticipo por Fallecimiento por cualquier causa (sin costo adicional)

En caso de fallecimiento por cualquier causa del Asegurado amparado por la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa, la Compañía podrá otorgar un anticipo de la Suma Asegurada correspondiente únicamente a dicha cobertura, previa solicitud expresa de uno de los Beneficiarios designados y presentación de los siguientes documentos:

- Consentimiento/Certificado Individual (si se cuenta con él),
- Certificado médico de defunción del Asegurado.

El monto del anticipo será el porcentaje de la Suma Asegurada establecida específicamente para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento), conforme a lo indicado en el Consentimiento/Certificado Individual, sin que dicho monto pueda exceder el equivalente a 2 (dos) Unidades de Medida y Actualización (UMAs) o, en su caso, de la proporción de indemnización a que el Beneficiario tenga derecho según la designación correspondiente. En caso de que no se especifique el porcentaje de Suma Asegurada a aplicar dentro del Consentimiento/Certificado Individual, dicho porcentaje corresponderá al 30% de la Suma Asegurada vigente a la fecha de fallecimiento.

El monto del anticipo será deducido exclusivamente de la porción de la Indemnización que corresponda al Beneficiario solicitante, conforme a la designación realizada por el Asegurado para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento). Esta deducción no afectará el monto de indemnización que corresponda a otros Beneficiarios designados que no hayan solicitado ni recibido dicho anticipo.

En caso de existir más de un Beneficiario designado para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento), el anticipo se entregará únicamente al primer Beneficiario que presente la reclamación ante la Compañía.

Este beneficio se otorga sin costo adicional y no modifica las Condiciones Generales ni Particulares de la Póliza en relación con otras coberturas.

2.1.1.3. Beneficio de Anticipo por Enfermedad Grave Terminal (sin costo adicional)

A solicitud expresa del Asegurado, la Compañía pagará un anticipo al propio Asegurado o a su representante legal, siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

- a) El Asegurado haya recibido, por primera vez, un diagnóstico de Enfermedad Grave Terminal durante la vigencia simultánea de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual.
- b) El diagnóstico médico establezca que la expectativa de vida del Asegurado es menor a 6 (seis) meses.

El monto del anticipo será el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente exclusivamente a la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento), conforme a lo indicado en el Consentimiento/Certificado Individual, sin que dicho monto pueda exceder el equivalente a 2 (dos) Unidades de Medida y Actualización (UMAs).

Este anticipo será deducido de la Suma Asegurada establecida para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento), según lo indicado en la Carátula de la Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual.

Una vez que la Compañía haya realizado el pago del Anticipo por Enfermedad Grave Terminal, el Contratante

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

deberá continuar con el pago regular de las primas correspondientes al Asegurado diagnosticado, ya que este beneficio no exime del cumplimiento de dicha obligación.

En caso de que el Contratante incumpla con el pago de Primas, la Póliza quedará sujeta a las disposiciones de terminación por falta de pago establecidas en las Condiciones Generales, lo que podría resultar en la cancelación de la cobertura y la pérdida de derechos sobre cualquier monto restante de la Suma Asegurada.

Este beneficio se otorga sin costo adicional y no modifica las Condiciones Generales ni Particulares de la Póliza en relación con otras coberturas.

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

2.1.2. *Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)*

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

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

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

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

2.1.2.1. *Exclusiones*

Accidentes que se originen por:

- 1. Lesiones o muerte provocadas por el propio Asegurado hacia su persona.**
- 2. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- 3. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- 4. Lesiones sufridas durante la práctica del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
- 5. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.**
- 6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**
- 7. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o**

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

2.2. Coberturas Adicionales (con costo)

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

En caso de Siniestro, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada estipulada en cada una de las coberturas adicionales contratadas con independencia de la(s) cobertura(s) básica(s) que se hayan contratado.

2.2.1. Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la Vigencia establecida en la Carátula de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual, y siempre que ambos se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará a los Beneficiarios correspondientes la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual.

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

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

2.2.1.1. Exclusiones

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

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

2.2.2. Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización escala B)

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

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

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

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

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

Se entenderá por:

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

2.2.2.1. Exclusiones

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

- 1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado hacia su persona, aun cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental.**
- 2. Lesiones ocasionadas por tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- 3. Lesiones sufridas por la participación del Asegurado en servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones, marchas, motines, levantamientos o alborotos populares.**
- 4. La participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter intensional.**
- 5. Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.**
- 6. Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- 7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**
- 8. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo en que participe directamente el Asegurado.**
- 9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.**
- 10. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de alpinismo, buceo, esquí, box, artes marciales, paracaidismo, vuelos delta, espeleología, cacería, rapel, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica de cualquier Deporte**

Profesional o Deporte de Alto Riesgo.

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

2.2.3. *Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente*

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

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

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

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

2.2.3.1. *Monto máximo de la Indemnización*

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

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

2.2.3.2. *Disminución de Suma Asegurada*

Toda indemnización que la Compañía pague reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada hasta su

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

agotamiento total, en cuyo caso quedará cancelada esta Cobertura para el Asegurado.

2.2.3.3. Gastos Cubiertos

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

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

2.2.3.4. Otros Seguros

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

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

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

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

que procedan para la atención del Accidente, por lo que no tiene relación alguna con los profesionales de la salud ni con los prestadores de servicios médicos.

2.2.3.5. *Exclusiones*

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

1. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue un Accidente para el Asegurado.
2. Lesiones o Accidentes originados por radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
3. Lesiones o Accidentes derivados de la participación directa del Asegurado como sujeto activo del delito, en actos delictivos de carácter intencional.
4. Lesiones a consecuencia de la práctica de cualquier Deporte Profesional o Deporte de Alto Riesgo.
5. Cualquier Accidente que ocurra cuando el Asegurado conduzca o aborde una motocicleta, motoneta, o vehículo de motor similar.
6. Eventos ocurridos por la práctica de paracaidismo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo.
7. No se cubrirán los Accidentes originados por la práctica del buceo cuando:
 - a) No se cuente con la licencia respectiva, y/o
 - b) No se esté bajo la supervisión de instructores capacitados, y/o
 - c) La inmersión sea superior a 40 (cuarenta) metros.
8. Eventos ocurridos en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe el Asegurado.
9. Lesiones o muerte del Asegurado en riña, cuando éste la haya provocado.
10. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una Aeronave, a menos que viajare en ella como Pasajero con itinerario de viaje.
11. Accidentes originados o causados por Culpa Grave, cuando el Asegurado se encuentre en estado alcohólico o bajo influencia de drogas, enervantes o estimulantes no prescritos médicaamente. Se entiende por estado alcohólico la presencia de un nivel mayor a 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente.
12. Indemnizaciones por o resultantes de, que contribuyan a, o agravados como consecuencia directa, accidentales o intencionales, deliberados o no deliberados, directos o en todo o en parte causados por cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - a) Guerra (declarada o no), invasión, acción bélica en tiempos de paz o de guerra, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil y/u operaciones similares, incluyendo acción encubierta, combate o defensa en contra del ataque real, impedimento de tal ataque o ataque esperado: por gobierno (de derecho o de hecho) o poder usurpado o por cualquier autoridad mantenida o usando el poder militar, naval, fuerza aérea o por un

- agente de cualquiera de dichos gobiernos, poder, autoridad o fuerza;**
- b) Motín, conmoción civil asumiendo la proporción de o amotinamiento popular, insurrección, rebelión, revolución, militar o por usurpación de poder, o acción tomada por la autoridad gubernamental en impedirlo, combatirlo o defenderse contra dicha ocurrencia, ataque o destrucción;**
 - c) Actos de terrorismo, cometidos por una o varias personas actuando a nombre de o con relación a cualquier organización. Para el propósito de esta exclusión, terrorismo significa el tipo penal descrito en el artículo 139 del Código Penal Federal, es decir, el uso de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego o por incendio, inundación, o por cualquier otro medio violento, por el que se realicen actos en contra de las personas, las cosas o servicios al público, que produzcan alarma, temor, terror en la población o en un grupo o sector de ella, para perturbar la paz pública o tratar de menoscabar la autoridad del estado o presionar a la autoridad para que tome una determinación.**
 - d) Cualquier ataque ilegal, ilícito o ejercicio injusto del control de cualquier medio de transportación, incluyendo, pero no limitado a aviones, vehículos acuáticos, camiones, trenes o automóviles, incluyendo cualquier intento de ataque o control, hecho por cualquier persona o personas.**
- 13. Infecciones, con excepción de las que resulten de lesiones derivadas de Accidentes.**
- 14. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos, de carácter preventivo, que no sean a consecuencia de un Accidente.**
- 15. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables y que sean derivadas de un Accidente.**
- 16. Tratamientos quiroprácticos, naturistas o de acupuntura.**
- 17. Hernias o eventraciones.**
- 18. Lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.**
- 19. Lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.**
- 20. Medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para Diagnósticos especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas porque el Asegurado padece infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
- 21. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**

- 22. Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulte necesarios a consecuencia de un Accidente.**
- 23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
- 24. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
- 25. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- 26. Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
- 27. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
- 28. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**

2.2.4. *Renta Diaria por Hospitalización por Accidente*

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

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

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

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

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

2.2.4.1. *Periodo Máximo de Beneficio*

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

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

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

2.2.4.2. Exclusiones

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

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

2.2.5. Invalidez Total y Permanente por Accidente

Siempre y cuando se encuentre esta cobertura como amparada en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada vigente para esta cobertura, al propio Asegurado, si durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual ocurre un Accidente Cubierto y el Asegurado es declarado en estado de Invalidez Total y Permanente dentro de los 180 (ciento ochenta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente Cubierto y como consecuencia del mismo, que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales y

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

cuando se presume que dicha imposibilidad sea de carácter permanente. Dicha invalidez deberá ser dictaminada como tal por una institución pública de salud o privada de salud, en donde tal dictamen sea emitido por un Médico con cédula profesional y certificación de especialidad en medicina del trabajo y esté soportado por estudios clínicos, de gabinete, exploración y vigilancia física, análisis y documentos que sirvan de base para determinar su invalidez, además de haber sido a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido dentro de la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

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

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

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

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

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

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

2.2.5.1. Exclusiones

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

- 1. Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- 2. La práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- 3. Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- 4. Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- 5. Accidentes durante el ejercicio de funciones del Asegurado de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.**

6. Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.
7. Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.
8. Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.
9. La práctica de cualquier Deporte Profesional o Deporte de Alto Riesgo.

2.3. Documentación en caso de Siniestro

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

- a) Certificado médico y acta de defunción del Asegurado.
- b) Identificación oficial vigente del Asegurado (solo si se cuenta con ella).
- c) Declaración del Beneficiario (una por cada Beneficiario, en formato proporcionado por la Compañía).
- d) Declaración del médico que certificó la muerte.
- e) Identificación oficial vigente del médico que certificó la muerte (solo si se cuenta con ella).
- f) Historia clínica del Asegurado.
- g) Diagnóstico médico que acredite Enfermedad Grave Terminal, con expectativa de vida menor a seis (6) meses (cuando aplique).
- h) Copia certificada completa de la Carpeta de investigación del Ministerio Público, en caso de fallecimiento por Accidente.
- i) Identificación oficial vigente, CURP, comprobante de domicilio (no mayor a tres meses) y carátula de estado de cuenta bancaria vigente (no mayor a tres meses) por cada Beneficiario o por el Asegurado, según corresponda.
- j) Acta de matrimonio, concubinato actualizada o documento que acredite sociedad en convivencia, si el Beneficiario es cónyuge, concubino o conviviente.
- k) Acta de nacimiento del Beneficiario, si es hijo del Asegurado.
- l) Original o copia del Consentimiento/Certificado Individual, si se cuenta con él.
- m) Factura y comprobante de pago de gastos funerarios, únicamente cuando el Asegurado fallecido sea menor de 12 años y se solicite el beneficio de Anticipo por Gastos Funerarios (cuando aplique).
- n) Dictamen y todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar Pérdida Orgánica (cuando aplique).
- o) Radiografías y su interpretación sobre la Pérdida Orgánica (cuando aplique).
- p) Estudios realizados para comprobación de la pérdida de la vista o la pérdida auditiva (cuando aplique).
- q) En caso de Hospitalización, documento emitido por el Hospital en dónde conste la fecha de ingreso, así como su egreso, en su caso (cuando aplique).
- r) Dictamen médico emitido por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado en el que se especifique el mecanismo del Accidente que causa la Invalididad. En el caso de no estar afiliado, se requiere un Certificado expedido por un Médico con cédula profesional, con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado junto con el resultado de los estudios actualizados que avalen la invalidez por Accidente (cuando aplique).
- s) Documentación oficial que acredite que el Asegurado incurrió en Gastos Hospitalarios Cubiertos derivados de un Accidente, mediante facturas o recibos (cuando aplique).

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

2.4. Coberturas Adicionales Contratables mediante Endoso

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

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

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

3. CLÁUSULAS GENERALES

3.1. Contrato de Seguro

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

3.2. Objeto del Seguro

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

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

3.3. Lugar de residencia

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

3.4. Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato de Seguro a solicitud del Contratante por períodos de igual duración, mediante Endoso a la Póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, **siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las Primas que aplicarán en cada renovación. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de esta, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.**

3.5. Renovación Automática de Consentimientos/Certificados Individuales

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

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

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

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

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

3.6. Rectificación de la Póliza

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

3.7. Modificaciones

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

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

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

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

3.8. Moneda

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

3.9. Pago de la Prima y Período de Gracia

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

La Prima podrá ser pagada en una sola exhibición o el Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la Prima, en cuyo caso las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración y vencerán al inicio de cada período. En el supuesto de pago de Prima fraccionada, se podrá aplicar a la Prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado que tenga la Compañía vigente a la fecha de pago.

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

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

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

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

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

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

3.10. Contribución de los Asegurados al pago de la Prima

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

3.11. Rehabilitación

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

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

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

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

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

3.12. Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado;
- b) Suma Asegurada o Regla para determinarla;
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;
- d) Operación y Plan de seguros de que se trate;
- e) Número de Consentimiento/Certificado Individual, y
- f) Coberturas amparadas.

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

3.13. Movimiento de Asegurados

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

3.13.1. Altas al Grupo Asegurado

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

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

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

3.13.2. Bajas en el Grupo Asegurado

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

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

3.14. Consentimientos/Certificados Individuales

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

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

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

3.14.1. Entrega a los Asegurados

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

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

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

3.15. Entrega de la Documentación Contractual

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

3.15.1. Medios de entrega disponibles

- A. Contratación o consentimiento por medios electrónicos: Cuando la contratación o el consentimiento para formar parte del Grupo Asegurado se haya realizado por medios electrónicos, la documentación contractual podrá entregarse a través de cualquiera de los siguientes medios:

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

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

B. Contratación o consentimiento por medios distintos al electrónico:

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

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

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

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciban la documentación contractual de este seguro, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página de internet: <https://www.prudentialseguros.com.mx>, o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue la Documentación Contractual de su Contrato de Seguro. Asimismo, en caso de que requiera un duplicado de la Póliza o Consentimiento/Certificado Individual, este se le entregará sin costo solicitándolo a través de los medios indicados en el presente párrafo.

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

3.16. Dividendos

El presente Contrato de Seguro no otorga dividendos.

3.17. Beneficiarios

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

En caso de que el Asegurado no haya designado expresamente Beneficiarios, o su designación haya quedado sin efectos por cualquier causa legal, la Suma Asegurada se pagará conforme al siguiente orden de prelación, al primero que se presente a reclamar y acredite fehacientemente dicho carácter conforme a la legislación aplicable.

Excepción: Si el Contrato de Seguro se ha emitido para garantizar créditos a favor del Acreditante y se haya incorporado el Endoso de Cobertura Deudores, el Beneficiario Preferente e Irrevocable será el Acreditante, hasta por el monto del Saldo Insoluto del Crédito, conforme a lo previsto en dicho Endoso.

Orden de prelación:

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

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

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

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

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

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía, la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en este Contrato de Seguro.

Advertencia

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

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

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

3.18. Edad

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

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

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

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

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

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

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

3.19. Carencia de Restricciones

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

3.20. Terminación del seguro

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

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

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

de Prima de estas Condiciones Generales.

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

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

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

3.21. Cancelación anticipada del seguro

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

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

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

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

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

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

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

La Prima Neta no devengada será calculada en días exactos, considerando el periodo de cobertura no

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

utilizado. La Compañía restituirá dicha Prima a quienes la hayan aportado, en la proporción que les corresponda, conforme a los registros de aportación de cada integrante del Grupo Asegurado.

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

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

3.22. Disputabilidad

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

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

3.23. Omisiones o declaraciones inexactas

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

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

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

3.24. Siniestro

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

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

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el Beneficiario o los representantes de ambos, con el

fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado la Compañía.

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

3.25. Fraude, Dolo o Mala Fe

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

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

3.26. Arbitraje

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

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

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

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

3.27. Pago del Siniestro

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

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

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

3.28. Ajuste a la Suma Asegurada

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

3.29. Pruebas

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

3.30. Comunicación

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

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

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

3.31. Competencia

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

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

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

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

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

internet: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el territorio nacional: 800 999 8080

3.32. Uso De Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado podrá realizar operaciones y servicios relacionados con el presente contrato, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa a: la Solicitud de Seguro, cuestionarios, la contratación misma del Seguro, pago de Primas, notificaciones, aviso de Siniestro, entre otros, haciendo uso de los Medios Electrónicos que la Compañía pone a su disposición, los cuales se encuentran regidos por los "Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos aplicables a Contratos de Seguros", mismos que podrá consultar en la página de Internet www.prudentialsseguros.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 autógrafo producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

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

3.33. Comisión o compensación directa

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

3.34. Indemnización por Mora

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

3.35. Responsabilidad Fiscal

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

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

3.36. Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la

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

www.prudentialsseguros.com.mx

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

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

3.37. Agravación del riesgo

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad es publicada en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición trigésima novena, fracción VII disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

3.38. Cambio de Contratante

Cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al Contratante. La Compañía reembolsará a éste la proporción del riesgo no corrido de la Prima Neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado al pago de la Prima, de manera proporcional, la Prima

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

www.prudentialseguros.com.mx

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

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

3.39. Administración

En aquellos casos en donde la Compañía y el Contratante hayan convenido que la administración de la Póliza será llevada a cabo por este último, la Compañía emitirá el endoso de "Autoadministración" correspondiente en donde entre otra cosas, se establece que la Compañía tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la CNSF y demás entidades regulatorias en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el Reglamento.

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

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

3.40. De las obligaciones del Contratante.

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

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

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

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

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

4. MARCO NORMATIVO

4.1. Aviso de Privacidad Simplificado

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

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

Usted puede conocer el Aviso de Privacidad Integral accediendo a la página <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-de-privacidad/AV Integral para Clientes de Prudential Seguros Mexico.pdf>

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

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

4.2. Liga a Cita de Perceptos Legales.

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

4.3. Invitación para Consultar al RECAS

Este Contrato de Seguro lo podrá consultar a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.mx

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01."

Anexo de Edades de aceptación y cancelación

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

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

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

a) Padres:

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

b) Cónyuges:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento)	__ años	__ años	__ años
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años
Gastos Funerarios	__ años	__ años	__ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización escala B)	__ años	__ años	__ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	__ años	__ años	__ años

Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	___ años	___ años	___ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	___ años	___ años	___ años

c) Hijos:

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”

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

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

1. A solicitar a los Agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales que intervengan en la contratación, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la contratación del seguro.
3. A recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.
4. A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado (únicamente cuando en la póliza se hayan contratado coberturas de accidentes y enfermedades).

Durante nuestra atención en el Siniestro, el Asegurado tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la Suma Asegurada, aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el Periodo de Gracia para el pago de esta; en cuyo caso la Compañía descontará del pago correspondiente la prima pendiente de pagar, así como cualquier otro adeudo derivado del contrato de seguro.
2. A una asesoría integral sobre su Siniestro por parte de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al Siniestro.
5. Al pago de una indemnización por mora de conformidad a lo establecido al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, en caso de falta de pago oportuno de las Sumas Aseguradas al hacerse exigibles legalmente, de conformidad con lo establecido en las condiciones generales y particulares de la Póliza.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.
7. Conocer, a través de la CONDUSEF, 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).

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

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01."

Endoso No.

ENDOSO DE COBERTURA DEUDORES

Este Endoso forma parte integrante de la Póliza de Grupo No. [●] (en adelante, la "Póliza"), contratada entre [Nombre del Contratante] y Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (en adelante, la "Compañía").

La emisión del presente Endoso no modifica la naturaleza del seguro de Vida Grupo ni las Condiciones Generales o Particulares del producto, salvo en lo expresamente previsto en este documento.

La Compañía y el Contratante acuerdan emitir el presente Endoso con el fin de modificar la Póliza y/o el Consentimiento/Certificado Individual número [●], conforme a los siguientes términos:

1. OBJETO DEL ENDOSO

Este Endoso corresponde a una modalidad específica del seguro de Vida Grupo, aplicable exclusivamente al Saldo Insoluto de los Créditos otorgados por el Acreditante al Asegurado Titular, siempre que este tenga el carácter de Acreditado Asegurado dentro del Grupo Asegurado y durante la Vigencia de la Cobertura, con el fin de modificar la aplicación de las coberturas contratadas para que operen respecto del Saldo Insoluto del Crédito, en los términos previstos en este Endoso.

La Compañía se obliga a pagar las indemnizaciones derivadas de las Coberturas aquí descritas, conforme a lo previsto en la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, siempre que se haya verificado el riesgo cubierto.

Este Endoso formará parte de la Póliza desde su emisión, sin necesidad de mención expresa en la Carátula de la Póliza, siempre que haya sido debidamente incorporado. En tal caso, las condiciones particulares aplicables serán exclusivamente las de este Endoso, dejando sin efecto cualquier disposición incompatible contenida en las Condiciones Generales.

Aplicará también el formato de Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, el cual se considerará parte integrante de la Póliza. La indemnización estará limitada a la Suma Asegurada indicada en dicho documento, y el alcance de las coberturas será el previsto en este Endoso.

2. DEFINICIONES APPLICABLES

Este Endoso incorpora definiciones específicas aplicables exclusivamente a la Cobertura Deudores, las cuales prevalecerán sobre las definiciones contenidas en las Condiciones Generales del Seguro de Vida Grupo 2025, únicamente en lo que resulte procedente.

Para todos los demás aspectos no previstos en este Endoso, aplicarán las definiciones establecidas en las Condiciones Generales mencionadas.

2.1. Acreditado Asegurado

Persona física a quien el Acreditante ha otorgado un Crédito mediante un Contrato de Crédito, y que es responsable del cumplimiento de las obligaciones derivadas del mismo.

Será considerado el Asegurado Titular que tenga dicho carácter en el Consentimiento/Certificado Individual, y que haya otorgado su consentimiento, cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía para formar parte del Grupo Asegurado.

2.2. Acreditante

Es aquella persona física o moral, que ha otorgado un Crédito al Acreditado Asegurado.

2.3. Beneficiario Preferente e Irrevocable

Es la persona designada por el Acreditado Asegurado como titular preferente e irrevocable de los derechos de indemnización en caso de siniestro. La cancelación de esta designación solo podrá ser aceptada por la Compañía mediante solicitud expresa del propio Beneficiario Preferente e Irrevocable.

Respecto al Saldo Insoluto, el Beneficiario Preferente e Irrevocable será el Acreditante, en su calidad de titular del derecho a recibir la indemnización correspondiente, derivada del Crédito otorgado al Acreditado Asegurado.

En caso de existir una cantidad remanente una vez cubierto el Saldo Insoluto a favor del Acreditante, dicho remanente se pagará conforme a lo siguiente:

- i. tratándose de la cobertura básica de Fallecimiento por cualquier causa, a las personas designadas por el Acreditado Asegurado en el formato de designación de beneficiarios o conforme a lo previsto en la cláusula de beneficiarios de las Condiciones Generales de la Póliza; y
- ii. tratándose de la cobertura adicional de Invalididad Total y Permanente por Accidente, al propio Acreditado Asegurado.

2.4. Cobertura Deudores

La Cobertura Deudores consiste en la modificación del alcance de las coberturas establecidas en las condiciones generales del seguro, aplicable únicamente cuando el Asegurado Titular del Consentimiento/Consentimiento Individual adquiere la calidad de Acreditado Asegurado, es decir, cuando mantiene vigente un Contrato de Crédito con el Acreditante.

En estos casos, las coberturas indicadas en este Endoso no otorgan beneficios adicionales ni modifican la Suma Asegurada, sino que se aplican exclusivamente para que, en caso de Siniestro, el pago se destine al Saldo Insoluto del Crédito otorgado por el Acreditante, conforme a lo expresamente señalado en este Endoso.

Las demás coberturas del seguro conservarán su alcance original conforme a las condiciones generales, salvo en lo que expresamente se modifique mediante este Endoso. Cualquier otro ajuste deberá estar indicado de forma específica en este Endoso o en otro documento contractual del seguro expedido por la Compañía.

Esta cobertura será válida únicamente si se encuentra amparada mediante:

- La expedición del presente Endoso, y
- La emisión del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

En caso de Siniestro, el pago de la Suma Asegurada se realizará directamente al Beneficiario Preferente e Irrevocable, que será el Acreditante, hasta por el monto del Saldo Insoluto del Crédito, conforme a las condiciones particulares de las coberturas expresamente indicadas en este Endoso.

2.5. Contrato de Crédito

Se refiere al contrato celebrado entre el Acreditante y cada Acreditado Asegurado, en virtud del financiamiento que ha concedido el primero en favor del segundo.

2.6. Cónyuge

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

2.7. Crédito

La cantidad total adeudada y no pagada por el Acreditado Asegurado al Acreditante en los términos del Contrato de Crédito, a la fecha de la ocurrencia del Siniestro.

2.8. Saldo Insoluto

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

El Saldo Insoluto, única y exclusivamente; comprende el monto principal del adeudo (Crédito) más los intereses ordinarios, entendiendo por estos los intereses que forman parte del pago inmediato siguiente a la fecha de la ocurrencia del Siniestro.

Para efectos de este Endoso, no forman parte del Saldo Insoluto los pagos vencidos, los intereses generados por pago extemporáneo o por no pago del adeudo (intereses moratorios), comisiones, cuotas, seguros, conceptos adicionales al Crédito, así como tampoco el pago de daños y perjuicios, sanciones y penas convencionales, que, en su caso, el Acreditado Asegurado llegara a adeudar al Acreditante.

El Saldo Insoluto constituye el límite máximo aplicable para la indemnización bajo esta Cobertura, sin exceder la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento/Certificado Individual.

3. RIESGO CUBIERTO

3.1. CONDICIONES PARTICULARES

Cada una de las Coberturas descritas en este apartado cuenta con su propia Suma Asegurada y Condiciones Particulares. La responsabilidad máxima de la Compañía estará limitada a lo establecido en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual del Acreditado Asegurado con Cobertura Deudores, sin exceder el monto del Saldo Insoluto del Crédito vigente a la fecha del Siniestro. En ningún caso, la Indemnización podrá exceder dicho límite.

3.2. Cobertura Básica: Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento).

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

El pago de la indemnización podrá realizarse bajo cualquiera de las siguientes modalidades, según lo estipulado en el Consentimiento/Certificado Individual:

- Modalidad Saldo Insoluto:** Pago del Saldo Insoluto del Crédito que tenga el Acreditado Asegurado a la fecha de su fallecimiento, hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada, a favor del Beneficiario Preferente e Irrevocable en su calidad de Acreditante.
- Modalidad Suma Asegurada Fija:** Pago de una Suma Asegurada fija, la cual cubrirá el Saldo Insoluto del Crédito adeudado por el Acreditado Asegurado al momento de su fallecimiento, a favor del Beneficiario Preferente e Irrevocable. En caso de existir un remanente después de cubrir el Saldo Insoluto, este se pagará a los Beneficiarios designados conforme a lo indicado en la cláusula de Beneficiarios de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

Al momento del pago de la indemnización de esta Cobertura por parte de la Compañía, las obligaciones

que derivan del presente Endoso quedarán extinguidas, dando por cancelado el Consentimiento/Certificado Individual, tanto para el Acreditado Asegurado como para los Asegurados adicionales.

3.2.1. Personas Aseguradas

Dentro de esta Cobertura se podrá amparar al Acreditado Asegurado de acuerdo con la solicitud hecha por el Contratante a la Compañía, siempre y cuando esta última haya aceptado su inclusión dentro de esta Cobertura y se encuentre indicado como amparado dentro de la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual correspondiente. Los hijos del Asegurado Titular (Acreditado) y su Cónyuge no podrán ser asegurados en esta Cobertura.

3.2.2. Documentación en caso de Siniestro

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la indemnización será la indicada en la cláusula 2.3. de las Condiciones Generales de la Póliza, así como cualquier requisito adicional previsto en el presente Endoso.

3.2.3. Exclusiones

Para esta Cobertura aplicará únicamente la exclusión de suicidio indicada en la cláusula 2.1.1.1. de las condiciones generales de la Póliza. El presente Endoso no establece exclusiones adicionales para esta Cobertura.

3.3. Cobertura Adicional Invalidez Total y Permanente por Accidente

Siempre y cuando se encuentre esta cobertura como amparada en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, al sufrir el Acreditado Asegurado un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un Accidente Cubierto que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales y cuando se presume que dicha imposibilidad sea de carácter permanente; dicha invalidez deberá ser dictaminada como tal por una institución pública de salud o privada de salud, en donde tal dictamen esté soportado por estudios clínicos, de gabinete, exploración y vigilancia física, entre otros, además de haber sido a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido dentro de la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

La indemnización podrá realizarse bajo cualquiera de las siguientes modalidades, según lo estipulado en el Consentimiento/Certificado Individual:

- a) **Modalidad Saldo Insoluto:** Pago del Saldo Insoluto del Crédito vigente a la fecha en que se determine la condición de Invalidez Total y Permanente, hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada, a favor del Beneficiario Preferente e Irrevocable en su calidad de Acreditante.
- b) **Modalidad Suma Asegurada Fija:** Pago de una Suma Asegurada fija, la cual cubrirá el Saldo Insoluto del Crédito adeudado al momento de la validación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente Cubierto, a favor del Beneficiario Preferente e Irrevocable. En caso de existir un remanente después de cubrir el Saldo Insoluto, este se entregará al Acreditado Asegurado.

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

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

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

3.3.1. Documentación en caso de Siniestro

La documentación para evaluar la procedencia del pago de la indemnización será la indicada en la cláusula 2.3. de las Condiciones Generales de la Póliza, así como cualquier requisito adicional previsto en el presente Endoso.

3.3.3 Exclusiones

Las exclusiones aplicables a esta Cobertura serán las previstas en la cláusula 2.2.5.1. de las Condiciones Generales de la Póliza, así como aquellas que, en su caso, se establezcan expresamente en el presente Endoso.

4. VIGENCIA

El Endoso surtirá efectos a partir del [FECHA DE EXPEDICIÓN DEL ENDOSO] y permanecerá vigente mientras:

- a) Subsista la Póliza;
- b) El Acreditado Asegurado mantenga vigente el Crédito;
- c) La Prima correspondiente haya sido pagada; y
- d) El Consentimiento/Certificado Individual se encuentre en vigor.

Cesará automáticamente al liquidarse el Crédito, al causar baja el Acreditado Asegurado, al cancelarse la Póliza, o al pagarse la indemnización correspondiente bajo cualquiera de las coberturas contratadas, quedando extinguidas las obligaciones derivadas del Consentimiento/Certificado Individual.

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

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

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

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

Contacto

Reporte de siniestro: Teléfono:	Servicio a clientes: Teléfono:	www.prudentialseguros.com.mx
------------------------------------	-----------------------------------	--

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de

Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”

Muestra Sin Valor



Endoso No.

ENDOSO DE AUTOADMINISTRACIÓN DE CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

No. Póliza:

Nombre del Contratante:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contacto

Reporte de siniestro: Teléfono:	Servicio a clientes: Teléfono:	www.prudentialseguros.com.mx
------------------------------------	-----------------------------------	--

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”

CEndoso
No. _____

DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL CONTRATANTE	
NO. DE PÓLIZA	

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

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

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

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

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

Contacto

Reporte de siniestro: Teléfono:	Servicio a clientes: Teléfono:	www.prudentialseguros.com.mx
------------------------------------	-----------------------------------	--

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”

Endoso No.

DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL CONTRATANTE	
NO. DE PÓLIZA	

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

COBERTURA FAMILIAR: A PRIMER RIESGO

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

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

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

El presente endoso complementa las Condiciones Generales del producto, salvo lo establecido en el presente endoso, los

demás términos y condiciones del contrato de seguro no sufren modificación alguna.

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

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

Contacto

Reporte de siniestro: Teléfono:	Servicio a clientes: Teléfono:	www.prudentialseguros.com.mx
------------------------------------	-----------------------------------	--

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2025, con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-01.”