

Condiciones Generales para Seguro de Vida Individual

“VIDA”

INDICE

CONCEPTO	PÁGINA
1 DEFINICIONES	1
1.1 ASEGURADO	1
1.2 CONTRATANTE.....	1
1.3 PÓLIZA.....	1
1.4 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	1
1.5 VIGENCIA	1
1.6 COBERTURA	1
1.7 COBERTURA BÁSICA.....	1
1.8 ACCIDENTE	1
1.9 MUERTE ACCIDENTAL.....	2
1.10 PÉRDIDAS ORGÁNICAS	2
1.11 INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE	2
1.12 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	2
1.13 SINIESTRO.....	3
1.14 SUMA ASEGURADA	3
1.15 PRIMA.....	3
1.16 PERÍODO DE GRACIA.....	3
1.17 BENEFICIARIO	3
1.18 ENDOSO	3
1.19 VALOR GARANTIZADO	3
1.20 VALOR DE RESCATE.....	4
1.21 SEGURO SALDADO	4
1.22 ENFERMEDAD TERMINAL.....	4
1.23 EXCLUSIONES	4
1.24 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	4
1.25 LEY.....	5
2 CLÁUSULAS GENERALES	5
2.1 NOTIFICACIONES.....	5
2.2 MODIFICACIONES.....	5
2.3 DUPLICADO DE PÓLIZA.....	5
2.4 PRIMAS.....	5
2.5 VALORES GARANTIZADOS.....	6
2.6 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.....	8
2.7 REHABILITACIÓN	8
2.8 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA	10
2.9 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	10
2.10 INDISPUTABILIDAD	11
2.11 EDAD DE ACEPTACIÓN	11
2.12 AVISO DEL SINIESTRO	12
2.13 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.....	12
2.14 PAGO DEL SINIESTRO	13
2.15 INDEMNIZACIÓN POR MORA	14
2.16 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO.....	16
2.17 PRESCRIPCIÓN	16
2.18 COMPETENCIA	17
2.19 DIVIDENDOS.....	17
2.20 MONEDA.....	17
2.21 CARENCIA DE RESTRICCIONES	17
2.22 AGRAVACIÓN DEL RIESGO	17

2.23	IMPUESTO	19
2.24	INTERMEDIACIÓN	19
2.25	ENTREGA DE LA PÓLIZA	19
2.26	OPERACIONES Y SERVICIOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	19
2.27	ARBITRAJE	20
3	COBERTURAS	21
3.1	COBERTURA VITALICIA POR FALLECIMIENTO, COMERCIALMENTE OFRECIDA COMO “VIDA PRUDENTIAL”	21
3.2	COBERTURA TEMPORAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS, COMERCIALMENTE OFRECIDA COMO “MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS”	21
3.3	ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS	22
3.4	ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL.....	22
3.5	COBERTURA TEMPORAL POR INVALIDEZ, COMERCIALMENTE OFRECIDA COMO “INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”	23
4	EXCLUSIONES	24
4.1	FALLECIMIENTO	24
4.2	COBERTURAS CON MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.....	24
4.3	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE	25

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

1 DEFINICIONES

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

1.1 ASEGURADO

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

1.2 CONTRATANTE

Es la persona física o moral que suscribe con la COMPAÑÍA la Póliza y es responsable ante ésta de pagar la Prima correspondiente; de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro y señalado en la Carátula de la Póliza para cada Cobertura.

1.3 PÓLIZA

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las condiciones generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, los Cuestionarios y declaraciones adicionales; así como, la Tabla de Valores Garantizados, los Endosos, los Recibos de Pago y las Cláusulas Adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y la COMPAÑÍA y donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

1.4 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

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

1.5 VIGENCIA

Es la duración considerada para cada Cobertura contratada, la cual comienza a las 12:00 horas de la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la Carátula de la Póliza.

1.6 COBERTURA

Es el tipo de protección contratada por el ASEGURADO, bajo la cual se pueden amparar los riesgos de: Fallecimiento, Muerte Accidental, Enfermedad Terminal, Invalidez Total y Permanente e Invalidez Parcial y Permanente.

1.7 COBERTURA BÁSICA

Se entenderá como Cobertura Básica, a la primera Cobertura mencionada en la lista de Coberturas que aparece en la Carátula de la Póliza, la cual fue determinada con base en las prioridades y necesidades del CONTRATANTE y sobre la cual aplicará la conversión a Seguro Saldado.

1.8 ACCIDENTE

Se entiende por Accidente todo evento externo, violento, súbito y fortuito que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por

contusiones o heridas visibles, o bien, lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

1.9 MUERTE ACCIDENTAL

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

1.10 PÉRDIDAS ORGÁNICAS

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

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

1.11 INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE

Se define como Invalidez Parcial y Permanente lo que a continuación se señala, siempre y cuando ésta no sea a consecuencia de un padecimiento preexistente:

- Pérdida total e irreparable de la vista de un ojo;
- La mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total de una mano a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de muñeca o arriba de ella);
- La mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total de un pie desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Sordera total y permanente de ambos oídos.

1.12 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Se define como Invalidez Total y Permanente lo que a continuación se señala, siempre y cuando ésta no sea a consecuencia de un padecimiento preexistente y haya transcurrido el periodo de espera de 6 (seis) meses para este estado de Invalidez:

Se considerará Invalidez Total y Permanente si durante la vigencia de la Póliza las facultades y aptitudes con que contaba el ASEGURADO a la fecha de contratación de esta Póliza se ven afectadas por lesiones corporales a causa de un accidente o enfermedad, en forma tal que lo imposibilite permanentemente para desempeñar una ocupación o trabajo remunerativo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social; siempre que dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor a 6 (seis) meses.

También se considerará Invalidez Total y Permanente las siguientes pérdidas orgánicas:

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

Cabe destacar que el periodo de espera de (6) seis meses no aplicará cuando la Invalidez sea resultado de una pérdida orgánica.

Para los efectos de este contrato se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

1.13 SINIESTRO

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

1.14 SUMA ASEGURADA

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

1.15 PRIMA

Es la cantidad determinada por la COMPAÑÍA, que el CONTRATANTE deberá pagar como contraprestación por las Coberturas de Seguro contratadas y que se establece en la Carátula de la Póliza.

1.16 PERÍODO DE GRACIA

Es el plazo convenido entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE para el pago de la Prima, dentro del cual se otorga la Cobertura contratada, aun cuando no se hubiere pagado la Prima o la fracción de ella, en el caso de que el CONTRATANTE haya optado por un pago diferente al anual. En caso de Indemnización por causa de Siniestro dentro de este período, la COMPAÑÍA deducirá de la misma, la Prima que se encuentre pendiente de pago.

1.17 BENEFICIARIO

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

1.18 ENDOSO

Es el documento emitido por la COMPAÑÍA, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato, así como cualquier información que afecte a éste.

1.19 VALOR GARANTIZADO

Es la cantidad a que tiene derecho el CONTRATANTE en caso de no continuar con el pago de Primas. El monto de estos valores corresponde a la Cobertura Básica contratada, del año de Vigencia en que se encuentra la Póliza y del número de años de Primas pagadas. Los Valores Garantizados se muestran en la Tabla de Valores Garantizados que forma parte de esta Póliza. Los Valores Garantizados que ofrece esta Póliza son el Valor de Rescate y el Seguro Saldado.

1.20 VALOR DE RESCATE

Es la cantidad a que tiene derecho el CONTRATANTE en caso de cancelación de la Póliza y se determina de acuerdo con el año de Vigencia de la Póliza y a la Cobertura Básica contratada, en el entendido que la Prima anual de la Vigencia correspondiente deberá estar pagada, de lo contrario aplicará el Valor de Rescate del año de Vigencia inmediato anterior. El monto de estos valores se señala en la Tabla de Valores Garantizados que forma parte de esta Póliza.

1.21 SEGURO SALDADO

Es aquel en el que se mantiene en vigor la Cobertura Básica, sin más pago de Primas, pero por la Suma Asegurada que se alcance a comprar con los Valores Garantizados a que se tenga derecho de acuerdo con el año de Vigencia de la Póliza y a la Cobertura Básica contratada, en el entendido que la Prima anual de la Vigencia correspondiente deberá estar pagada, de lo contrario aplicará el valor del Seguro Saldado del año de Vigencia inmediato anterior. En el caso del Seguro Saldado, solamente quedará vigente la Cobertura Básica quedando las demás Coberturas automáticamente canceladas.

1.22 ENFERMEDAD TERMINAL

Es aquella enfermedad en relación con la cual un médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y que además, no tenga parentesco hasta el segundo grado consanguíneo con el ASEGURADO, certifique que éste tiene una esperanza de vida de 6 (seis) meses o menos.

1.23 EXCLUSIONES

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

1.24 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

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

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

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

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

1.25 CULPA GRAVE

La omisión de la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes.

1.26 LEY

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2 CLÁUSULAS GENERALES

2.1 NOTIFICACIONES

Cualquier notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito precisamente al domicilio de la COMPAÑÍA que se indica en la Carátula de la Póliza. El ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o Beneficiario deberá notificar por escrito a la COMPAÑÍA cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Las notificaciones que la COMPAÑÍA haga al ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o Beneficiario se dirigirán al último domicilio de éstos, respecto del cual tenga conocimiento.

2.2 MODIFICACIONES

Toda modificación al Contrato deberá constar por escrito mediante Cláusulas o Endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deberán estar firmados por el funcionario autorizado de la COMPAÑÍA, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

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

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el ASEGURADO podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días 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.” (Artículo 25 de la Ley). Este derecho se hace extensivo para el CONTRATANTE.

2.3 DUPLICADO DE PÓLIZA

En caso de robo, pérdida o destrucción de la Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, podrá obtener un duplicado de la Póliza original el cual sustituirá a la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original perderá todo valor. Asimismo, tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas por el ASEGURADO para la celebración del Contrato. En ambos casos los gastos correspondientes serán por cuenta del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

2.4 PRIMAS

El CONTRATANTE, sin perjuicio del plazo mencionado para el pago, debe pagar la Prima anual a partir de su vencimiento y durante los plazos de pago estipulados en la Carátula de la Póliza para cada Cobertura contratada.

Pago

La Prima vencerá al Inicio de Vigencia pactado. A partir del vencimiento, el CONTRATANTE dispondrá de un Período de Gracia de treinta días naturales para efectuar el pago correspondiente.

Si transcurrido el plazo antes señalado no se ha efectuado el pago de la Prima, la COMPAÑÍA procederá a realizar el siguiente procedimiento:

- a) Cancelar la Póliza cuando el CONTRATANTE no tenga derecho a los Valores Garantizados.
- b) Si la Póliza cuenta con derecho a los Valores Garantizados, aplicará lo indicado en el punto 2.5.

Periodicidad

El CONTRATANTE puede optar por liquidar la Prima de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. En este caso, las Primas vencerán al inicio de cada período pactado, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada.

Lugar de Pago

Las Primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la COMPAÑÍA contra entrega del recibo expedido por la misma.

2.5 VALORES GARANTIZADOS

Sin perjuicio de las Condiciones establecidas en la descripción de cada Valor Garantizado, el CONTRATANTE podrá aplicar este Valor de su Póliza de acuerdo con cada una de las siguientes opciones:

PRÉSTAMOS

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá obtener préstamos en cantidades que no excedan al Valor de Rescate, quedando éste en garantía. Los préstamos se realizarán de acuerdo con lo siguiente:

a) PRÉSTAMOS A PETICIÓN

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a obtener de la COMPAÑÍA préstamos que sumados con los intereses devengados, no excedan el 80% del Valor de Rescate que se especifica en la Tabla de Valores Garantizados, para hacer uso de este derecho.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá solicitar el préstamo por escrito. La COMPAÑÍA realizará el pago del Préstamo a Petición en sus oficinas, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se haya entregado la solicitud.

b) PRÉSTAMOS AUTOMÁTICOS

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO dejare de cubrir una Prima, la COMPAÑÍA prestará sin necesidad de solicitud del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y sujeto a lo que se señala más adelante, el importe de dicha Prima, siempre que los préstamos existentes o cualquier otro adeudo que tenga el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no excedan del Valor de Rescate disponible.

Los préstamos devengarán un interés que corresponderá a la tasa que la COMPAÑÍA determine de acuerdo con sus políticas.

Cuando los adeudos sobrepasen al Valor de Rescate disponible y el CONTRATANTE y/o

PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO, S.A. DE C.V.

Av. Santa Fe 428 | Piso 7, DownTown Torre II | Colonia Santa Fe Cuajimalpa | 05348 | Cuajimalpa de Morelos |
CDMX Tel.: 551103-7000 |

ASEGURADO no pague la Prima y los adeudos, cesarán los efectos de este Contrato, así como las obligaciones que la COMPAÑÍA haya contraído con él.

Todas las deudas contraídas en virtud de esta Cláusula serán deducidas por la COMPAÑÍA en el momento de la liquidación de cualquier prestación de esta Póliza, entendiéndose como prestación el pago del Siniestro o el Valor de Rescate de la Póliza en caso de cancelación.

Las deudas contraídas por préstamo podrán ser pagadas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO en cualquier tiempo, ya sea en un solo pago o en pagos parciales, siempre que la Póliza no haya sido cancelada.

CONVERSIÓN A SEGURO SALDADO

En el caso de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, no deseara continuar dentro de la opción de préstamo automático para el pago de Prima, podrán elegir la conversión a Seguro Saldado, siempre y cuando el remanente entre el Valor de Rescate y la deuda lo permitan, previo aviso por escrito a la COMPAÑÍA.

Para el caso del Seguro Saldado, la Cobertura Básica quedará vigente por la Suma Asegurada establecida en la Tabla de Valores Garantizados en cumplimiento al artículo 181 de la Ley, conservando el plazo contratado sin más pago de Primas. Lo anterior queda en el entendido que la Suma Asegurada contemplada en la Tabla de Valores Garantizados se reducirá proporcionalmente al valor de los préstamos más intereses que tenga la Póliza con relación al Valor de Rescate a que tengan derecho.

Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada que se determine con base en esta opción.

La conversión a Seguro Saldado se hará sobre la Cobertura Básica, en el entendido que las demás Coberturas quedarán canceladas automáticamente.

La COMPAÑÍA entregará un Endoso de conversión, donde indicará el porcentaje a que tiene derecho el CONTRATANTE y/o ASEGURADO como Valor de Rescate, de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.

CANCELACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá dar por terminada anticipadamente la Póliza mediante un escrito libre con acuse de recibo dirigido a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA, en el cual haga constar su deseo de cancelar la Póliza debiendo anexar al escrito libre copia de la Póliza. La terminación anticipada no eximirá a la COMPAÑÍA de los derechos que por la Vigencia de la Póliza se hubieren constituido a favor del CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

La Póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en el escrito, lo que resulte posterior.

Bajo esta opción, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá solicitar la cancelación de este seguro y la COMPAÑÍA pagará el Valor de Rescate correspondiente del que se deducirá el saldo deudor por préstamos más intereses que en su caso se hubieran otorgado bajo esta Póliza.

La COMPAÑÍA realizará el pago del Valor de Rescate correspondiente en sus oficinas,

dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la Póliza haya sido cancelada. En el caso en que el ASEGURADO haya convertido su Póliza a Seguro Saldado y desee cancelar el seguro, el Valor de Rescate corresponderá a lo que señala el Endoso de conversión correspondiente.

Al momento del pago del Valor de Rescate, el ASEGURADO y/o CONTRATANTE podrá optar por delegar a la COMPAÑÍA la administración del mismo por medio de un mandato en administración y mediante la firma del contrato respectivo que provea la COMPAÑÍA de conformidad con la legislación vigente.

2.6 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

- a) Término del plazo de Vigencia de todas las Coberturas contratadas.
- b) Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la cancelación de la Póliza.
- c) Fallecimiento del ASEGURADO.
- d) Cuando el monto de los préstamos otorgados al ASEGURADO y/o CONTRATANTE, incluyendo intereses, sean iguales o rebasen el monto del Valor de Rescate.
- e) Expiración de la Cobertura del Seguro Saldado.
- f) Por falta de pago de Prima si la Póliza no cuenta aún con derecho a Valores Garantizados para el otorgamiento de algún préstamo o derecho a conversión. Si la Póliza cuenta con Período de Gracia, la terminación, será al término de dicho período si no se recibe el pago.
- g) Cuando el ASEGURADO haya solicitado el Anticipo por Enfermedad Terminal y el monto de éste sea equivalente a la indemnización a que tuviesen derecho los Beneficiarios en el caso de fallecimiento del ASEGURADO.

2.7 REHABILITACIÓN

En caso de que este seguro hubiere cesado en sus efectos únicamente por concepto de falta de pago de las Primas, el CONTRATANTE podrá rehabilitarlo siempre y cuando el período entre el último recibo pagado y la solicitud de rehabilitación no exceda de ciento ochenta (180) días naturales; no se esté haciendo uso de los Valores Garantizados y no hubiere terminado la Vigencia original del seguro.

Adicionalmente, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la COMPAÑÍA, una solicitud de rehabilitación en el formato que la misma tiene expresamente para este fin, firmada por el CONTRATANTE;
- b) Comprobar a la COMPAÑÍA que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud, de acuerdo con lo indicado por las políticas vigentes que la COMPAÑÍA tenga al momento de la solicitud de rehabilitación; y
- c) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que se fije para tal efecto.

El Contrato se considerará rehabilitado, a partir del día en que la COMPAÑÍA comunique por escrito al CONTRATANTE haber aceptado la propuesta correspondiente.

Queda expresamente pactado que el CONTRATANTE no podrá rehabilitar este seguro cuando el Contrato hubiere cesado sus efectos derivado de un préstamo automático cuando el mismo, incluyendo intereses, sea igual o rebase el monto del Valor de Rescate.

2.8 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE podrá solicitar la disminución de la(s) Suma(s) Asegurada(s) de las Coberturas contratadas, debiendo solicitarse por escrito a la COMPAÑÍA.

Para cada una de las Coberturas que se desee disminuir la Suma Asegurada originalmente contratada se deberá cumplir con la Suma Asegurada mínima establecida por la COMPAÑÍA de acuerdo con sus políticas internas.

Como resultado de la(s) disminución(es) de Suma(s) Asegurada(s) operará lo siguiente:

- a) A partir del recibo de pago inmediato posterior a la fecha de inicio de la modificación en la(s) Suma(s) Asegurada(s), el CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima que corresponda a la(s) Suma(s) Asegurada(s) disminuida(s).
- b) Los Valores Garantizados (Valor de Rescate y Seguro Saldado) se verán disminuidos de conformidad con la proporción que guarde la Suma Asegurada disminuida sobre la Suma Asegurada originalmente contratada aplicada a los Valores Garantizados (Valor de Rescate y Seguro Saldado) de la Cobertura Básica.

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a recibir el máximo entre cero y el Valor de Rescate que le corresponda de cada una de las Coberturas afectadas, en la misma proporción en que la Suma Asegurada original de cada una de las Coberturas haya sido disminuida.

Lo anterior de conformidad con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

- c) La COMPAÑÍA emitirá el Endoso correspondiente donde hará constar la nueva Suma Asegurada, la Prima correspondiente, los Valores Garantizados (Valor de Rescate y Seguro Saldado) a los que tendrá derecho el ASEGURADO, el CONTRATANTE o los Beneficiarios según sea el caso y la fecha a partir de la cual se hace efectiva la disminución de Suma Asegurada

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

2.9 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

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

Las obligaciones de la COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el ASEGURADO y/o Beneficiarios designados, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, el ASEGURADO

o Beneficiarios no remitan en tiempo la documentación o información que, en su caso, la COMPAÑÍA solicite sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el Artículo 70 de la Ley.

2.10 INDISPUTABILIDAD

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

Tratándose de incrementos de la Suma Asegurada no programados o de la inclusión de nuevas Coberturas, dicho período correrá a partir de que éstos se hayan otorgado.

2.11 EDAD DE ACEPTACIÓN

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

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

La edad mínima de admisión para todas las Coberturas es 12 años.

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

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

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b) Si la COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si la edad real es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la COMPAÑÍA tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del ASEGURADO, en el momento de la celebración del Contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

- d) Cuando con posterioridad al fallecimiento del ASEGURADO, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

2.12 AVISO DEL SINIESTRO

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

2.13 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

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

Información necesaria en caso de Fallecimiento:

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por cada uno de los Beneficiarios (proporcionado por la COMPAÑÍA).
- b) Copia certificada del acta de defunción.
- c) Identificación oficial vigente del ASEGURADO (si se tuviera) y de los Beneficiarios
 - i. Credencial para votar
 - ii. Pasaporte
 - iii. Cédula Profesional
 - iv. Cartilla del Servicio Militar Nacional
 - v. Tarjeta Única de Identidad Militar
 - vi. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - vii. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
 - viii. Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales
- d) Certificado Médico de Defunción o declaración del médico que hubiere asistido al ASEGURADO o certificado su fallecimiento.
- e) En su caso, copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento del ASEGURADO.

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

Información necesaria en caso de Invalidez Total y Permanente o Invalidez Parcial y Permanente

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el ASEGURADO (proporcionado por la COMPAÑÍA).
- b) Identificación oficial vigente del ASEGURADO.
 - i. Credencial para votar
 - ii. Pasaporte
 - iii. Cédula Profesional
 - iv. Cartilla del Servicio Militar Nacional
 - v. Tarjeta Única de Identidad Militar
 - vi. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - vii. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
 - viii. Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales

Bases para determinar que un dictamen de Invalidez Total y Permanente o Invalidez Parcial y Permanente tiene plena validez

Además de la Información necesaria en caso de Invalidez Total y Permanente o Invalidez Parcial y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar:

- a) Dictamen de Invalidez Total o Parcial y Permanente emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o por alguna institución de seguridad social estatal.
- b) En caso de no contar con el dictamen mencionado en el inciso a), podrá presentar un dictamen avalado por un médico con cédula profesional y que no tenga relación consanguínea con el ASEGURADO hasta el segundo grado, que cuente con certificado por la Secretaría de Salud y, en su caso, cuente con certificado emitido por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo.
- c) Estudios y exámenes practicados que avalen el estado de invalidez total o parcial y permanente.
- d) En caso de que el Médico especialista en la materia de la COMPAÑÍA determine la improcedencia del Dictamen de Invalidez Total o Parcial y Permanente, presentado por el ASEGURADO. El ASEGURADO será evaluado por el médico especialista en la materia certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que el ASEGURADO elija dentro de los especialistas en la materia previamente designados por la COMPAÑÍA para estos efectos.

En caso de proceder el estado de Invalidez Total o Parcial y Permanente, la COMPAÑÍA cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de seguro.

2.14 PAGO DEL SINIESTRO

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura contratada en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dicha Cobertura.

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

Al momento del pago del Siniestro, el ASEGURADO o Beneficiarios podrán optar por delegar a la COMPAÑÍA la administración de la Suma Asegurada por medio de un mandato en administración y mediante la firma del contrato respectivo que provea la COMPAÑÍA de conformidad con la legislación vigente.

2.15 INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

Ley. Artículo 71.- “El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio”.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Artículo 276.- “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y

Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá autoridad ejecutora que corresponda conforme a la multa señalada en esta fracción, a petición de la fracción II de dicho artículo.”

2.16 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

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

El ASEGURADO podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la COMPAÑÍA y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el Artículo 165 de la Ley.

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

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

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

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

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

2.17 PRESCRIPCIÓN

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

Ley. Artículo 81.- “Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la Cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.”

Ley. Artículo 82.- “El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

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

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

2.18 COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones con que la COMPAÑÍA cuenta, o acudir, a su elección, a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si ese Organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

2.19 DIVIDENDOS

Este Contrato de Seguro no otorga dividendos.

2.20 MONEDA

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

2.21 CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

2.22 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

“Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.” **(Artículo 54 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

Las obligaciones de PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO 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 pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

2.23 IMPUESTO

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

2.24 INTERMEDIACIÓN

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

2.25 ENTREGA DE LA PÓLIZA

La COMPAÑÍA, una vez aceptado el riesgo, tendrá en todo momento la obligación de entregar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la Póliza dentro de los 30 días naturales siguientes a la contratación del Seguro, misma que contendrá todos los documentos señalados en el numeral 1.3.

Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO así lo consienta de forma expresa y por escrito, la entrega de la documentación contractual podrá efectuarse dentro de los primeros 30 días naturales siguientes a la celebración del contrato a través de correo electrónico en la dirección electrónica proporcionada por el CONTRATANTE para tal efecto. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil siguiente.

Cuando el contrato de seguro se celebre con la intervención de un intermediario, la entrega de la documentación contractual deberá efectuarse siempre a través de dicho intermediario, sin perjuicio del derecho del CONTRATANTE y/o ASEGURADO de solicitarla directamente a la COMPAÑÍA en el caso de que aquella no le sea entregada.

Si el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no recibe la documentación contractual en la forma prevista anteriormente, podrá contactar directamente a la COMPAÑÍA a través de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA, acudir a cualquiera de las oficinas de la COMPAÑÍA cuyos datos y domicilios se encuentran a su disposición en la página www.prudentialseguros.com.mx o bien, deberá solicitarlo a través de su Agente de seguros, de conformidad con lo establecido en el numeral 2.3.

2.26 OPERACIONES Y SERVICIOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá realizar operaciones y servicios relacionados con el presente contrato, incluyendo pero no limitados a: la solicitud del 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 <https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/terminos-condiciones-servicios-digitales>; lo anterior con fundamento en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Para efectos de la presente cláusula se entenderá por medios electrónicos al uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos.

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

2.27 ARBITRAJE

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

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

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

Si el ASEGURADO acude al arbitraje médico, la COMPAÑÍA se obliga a comparecer ante el árbitro designado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al ASEGURADO y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia en relación con la preexistencia.

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

3 COBERTURAS

Siempre que la Póliza y la Cobertura se encuentren vigentes en la fecha de ocurrencia del Siniestro, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados, los beneficios de las Coberturas procedentes, de acuerdo con lo que se señala en la Carátula de la Póliza y con base en lo siguiente:

3.1 COBERTURA VITALICIA POR FALLECIMIENTO, comercialmente ofrecida como **“VIDA”**

Al fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, siempre y cuando ocurra durante el plazo de esta Cobertura, señalado en la Carátula de la Póliza.

Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Póliza y la COMPAÑÍA queda liberada de todas las obligaciones derivadas de esta Cobertura.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente

Si el ASEGURADO sufre un estado de Invalidez Parcial y Permanente durante el plazo de esta Cobertura y hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años, lo que ocurra primero, la COMPAÑÍA eximirá al CONTRATANTE del pago de Primas correspondiente a esta Cobertura.

La exención de pago de Primas aplicará desde la fecha de pago inmediata posterior a que la Invalidez Parcial y Permanente haya sido dictaminada, hasta la fecha de término de pago de Primas de esta Cobertura. La Póliza quedará vigente y el ASEGURADO gozará de los mismos beneficios que esta Cobertura le otorga.

3.2 COBERTURA TEMPORAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS, comercialmente ofrecida como **“MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS”**

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, si el ASEGURADO sufre una Muerte Accidental durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza.

Si el ASEGURADO sufre una pérdida orgánica a consecuencia de un Accidente durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza, la COMPAÑÍA le pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la Carátula de la Póliza para esta Cobertura:

Por la pérdida de:	Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%

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

En caso de pérdidas orgánicas, Prudential Seguros realizará la indemnización correspondiente y cancelará esta Cobertura a los noventa (90) días siguientes a la

ocurrencia del Accidente. Una vez transcurrido el plazo señalado, en caso de que el pago de la indemnización correspondiente no agote la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, Prudential Seguros le devolverá al CONTRATANTE o ASEGURADO un porcentaje de la reserva matemática de esta Cobertura. Este porcentaje será el equivalente a la proporción de la Suma Asegurada no agotada con respecto de la Suma Asegurada de la Cobertura. Lo anterior de acuerdo con los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica correspondiente.

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

- Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO;
- Al agotarse la suma asegurada para esta cobertura derivada de una o más pérdidas orgánicas que sufre el ASEGURADO.

Si el ASEGURADO sobrevive al término del plazo de la Cobertura o no sufre una pérdida orgánica durante dicho plazo, la protección terminará sin obligación alguna para la COMPAÑÍA.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente

Si el ASEGURADO sufre un estado de Invalidez Parcial y Permanente durante el plazo de esta Cobertura y hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años, lo que ocurra primero, la COMPAÑÍA eximirá del pago de Primas correspondiente a esta Cobertura al CONTRATANTE.

La exención de pago de Primas aplicará desde la fecha de pago inmediata posterior a que la Invalidez Parcial y Permanente haya sido dictaminada, hasta la fecha de término de pago de Primas de esta Cobertura. La Póliza quedará vigente y el ASEGURADO gozará de los mismos beneficios que esta Cobertura le otorga.

3.3 ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS

Al fallecimiento del ASEGURADO, con la sola presentación de esta Póliza y del certificado médico de defunción y siempre que hubieren transcurrido más de dos años desde su expedición o su última rehabilitación y/o de la contratación de aumentos de Suma Asegurada, la COMPAÑÍA realizará un anticipo inmediato cuyo monto máximo será el equivalente a la Suma Asegurada alcanzada de las Coberturas correspondiente al Beneficiario que reclame este anticipo o el monto máximo para este anticipo establecido por la COMPAÑÍA de acuerdo con sus políticas internas. Lo anterior, en el entendido que si no han transcurrido dos años desde el último incremento de la Suma Asegurada, en caso de que hubiere, este incremento no se tomará en cuenta para establecer el límite de este beneficio.

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

3.4 ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

A solicitud del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará el Anticipo por Enfermedad Terminal previsto en esta cláusula, siempre y cuando haya recibido por primera vez y durante la Vigencia de la misma, un diagnóstico de Enfermedad Terminal.

Dicho adelanto nunca podrá ser mayor a la indemnización a que tuvieron derecho los Beneficiarios en caso de fallecimiento del ASEGURADO por las Coberturas contratadas

estipuladas en la Carátula de la Póliza. Asimismo, este monto no podrá exceder el máximo para este anticipo establecido por la COMPAÑÍA de acuerdo con sus políticas internas.

En caso de que el monto del anticipo sea menor a la Suma Asegurada a pagar en caso de fallecimiento por todas las Coberturas contratadas, las obligaciones de la COMPAÑÍA se reducirán en forma proporcional al anticipo pagado para cada una de las Coberturas que se tomaron en consideración para realizar dicho pago. Lo anterior, en el entendido de que, si posterior al pago del anticipo ocurre el fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA deducirá del pago de la indemnización a los Beneficiarios el anticipo realizado.

En el caso de que el monto del anticipo sea equivalente a la indemnización a que tuvieren derecho los Beneficiarios, la protección derivada de las Coberturas contratadas terminará sin obligación alguna para la COMPAÑÍA.

Corresponde al ASEGURADO, proveer pruebas a la COMPAÑÍA de la enfermedad Terminal del ASEGURADO. Estas pruebas deben incluir las constancias médicas necesarias realizadas por un médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y que además, no tenga parentesco hasta el 2º grado consanguíneo con el ASEGURADO.

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

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

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

3.5 COBERTURA TEMPORAL POR INVALIDEZ, comercialmente ofrecida como “INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura en una sola exhibición, al sufrir el ASEGURADO un estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando éste ocurra hasta el aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años; siempre y cuando ocurra durante el plazo de esta Cobertura, señalado en la Carátula de la Póliza.

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

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

Renovación Automática

Las Coberturas por invalidez cuya temporalidad sea menor a 10 años, una vez alcanzado el período de Cobertura marcado en la Carátula de la Póliza, se renovarán automáticamente por períodos sucesivos de igual duración que el período inicial, salvo notificación en contrario del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, comunicada con una anticipación no menor a los 30 (treinta) días de la Fecha de Vencimiento de la misma.

La renovación se otorgará sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad, bajo las siguientes condiciones:

1. La Suma Asegurada al inicio de cada renovación coincidirá con la vigente en el período anterior, salvo que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite su modificación al inicio de la renovación automática y la misma fuera aprobada por la COMPAÑÍA cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad correspondientes.
2. Las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el ASEGURADO al inicio de cada renovación, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación.
3. En cada renovación automática la COMPAÑÍA hará constar mediante Endoso la Suma Asegurada, fecha de Inicio de Vigencia de la renovación, plazo de la Cobertura, plazo de pago de Primas, así como la Prima correspondiente.

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

1. La edad alcanzada del ASEGURADO no rebase la edad máxima de aceptación de la Cobertura.
2. El plazo para el pago de Primas de la Cobertura a renovar no deberá de ser mayor al plazo que falte por pagar de la Prima de la Cobertura Básica, de acuerdo con el plazo de pago de Primas estipulado en la Carátula de la Póliza.
3. El ASEGURADO no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente.

4 EXCLUSIONES

4.1 FALLECIMIENTO

SUICIDIO

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

En caso de rehabilitación y/o incremento adicional de Suma Asegurada no estipulados en el Contrato original, el período de dos años a que se refiere el párrafo anterior correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza y/o hubiere sido aceptado el incremento por la COMPAÑÍA. En este último caso sólo por lo que se refiere al incremento.

4.2 COBERTURAS CON MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS

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

- **Lesiones auto infligidas por el ASEGURADO.**

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

4.3 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE

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

- Lesiones o enfermedades que se provoque deliberadamente el propio ASEGURADO.

- **Enfermedades psiquiátricas con o sin manifestaciones psicosomáticas.**
- **Lesiones o enfermedades por la participación del ASEGURADO en guerras, rebeliones, revoluciones o insurrecciones.**
- **La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto que al ocurrir el Accidente, el ASEGURADO viajase como pasajero en un avión de una compañía comercial de aviación legalmente autorizada para transportar pasajeros y sujeta a itinerarios regulares entre aeropuertos establecidos.**
- **Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se derive de un Accidente.**
- **Intento de Suicidio cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.**
- **Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**
- **Lesiones sufridas en riña, siempre y cuando el ASEGURADO haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en los que haya participado directamente el ASEGURADO.**
- **Lesiones sufridas mientras el ASEGURADO se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, charrería, pesca, caza, esquí (nieve y acuático), alpinismo, buceo, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier clase de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar profesionales.**
- **Accidentes o lesiones que se originen por culpa grave del ASEGURADO debido a que esté bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similares; así como en estado de ebriedad.**

“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 5 de abril de 2021, con el número de registro CNSF-S0106-0148-2021 y a partir del 14 de agosto de 2023, con el número MODI-S0106-0025-2023 / CONDUSEF-004564-04”.

*“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios** a los teléfonos 551103-7000 y en el interior de la república al 800-00-54-33, y/o al correo electrónico consultasyquejas@prudential.com, o bien 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; o visite www.prudentialseguros.com.mx; también puede comunicarse a CONDUSEF al teléfono 55534009999 en la Ciudad de México y del interior de la república al 800 999 8080, y/o al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.”*

Para consulta de abreviaturas de uso no común de los productos de esta Compañía, visite www.prudentialseguros.com.mx, para tener acceso al Glosario.

Para consultar las disposiciones legales citadas en las presentes condiciones generales acceda a través de la siguiente ruta en nuestra página electrónica de Internet: https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/condiciones/Glosario_CG_1.pdf