

IMPORTANTE

Dado que las condiciones generales son consolidadas y aplican para todas las coberturas que conforman el producto "Paquete Protección 2013", a continuación se señalan los numerales que son de aplicación general:

1. Definiciones
2. Cláusulas Generales

Los numerales 3. Coberturas y 4. Exclusiones incluyen la descripción de todos los productos que consolidan este paquete, así como las exclusiones correspondientes; por lo que es importante mencionar que estas descripciones y exclusiones son de carácter específico para cada producto o cobertura, y que al momento de imprimirse el contrato de seguro para el asegurado y/o contratante, únicamente aparecerán las correspondientes a las coberturas contratadas y amparadas en la Carátula de la Póliza.

CONDICIONES GENERALES PARA EL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

COPIA SIN VALOR

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	ENFERMEDAD GRAVE..... 4
1.24	EXCLUSIONES..... 4
1.25	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES..... 4
1.26	ACUERDO DE ARBITRAJE..... 5
1.27	LEY..... 5
2	CLÁUSULAS GENERALES 6
2.1	NOTIFICACIONES..... 6
2.2	MODIFICACIONES..... 6
2.3	DUPLICADO DE PÓLIZA..... 6
2.4	PRIMAS..... 6
2.5	VALORES GARANTIZADOS..... 7
2.6	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA..... 9
2.7	REHABILITACIÓN..... 9
2.8	DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA..... 10
2.9	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES..... 11
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..... 14
2.15	INDEMNIZACIÓN POR MORA..... 14
2.16	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO..... 16
2.17	PRESCRIPCIÓN..... 17
2.18	COMPETENCIA..... 17
2.19	DIVIDENDOS..... 18
2.20	MONEDA..... 18

2.21	CARENCIA DE RESTRICCIONES.....	18
2.22	AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	18
2.23	IMPUESTO.....	18
2.24	INTERMEDIACIÓN.....	18
2.25	ENTREGA DE LA PÓLIZA.....	18
3	COBERTURAS.....	19
3.1	COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO, COMERCIALMENTE OFRECIDO COMO “BIENESTAR PRUDENTIAL”.....	19
3.2	COBERTURA TEMPORAL POR SOBREVIVENCIA O FALLECIMIENTO, COMERCIALMENTE OFRECIDO COMO “GARANTÍA PRUDENTIAL”.....	21
3.3	COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO PARA INGRESO FAMILIAR, COMERCIALMENTE OFRECIDO COMO “RESPALDO PRUDENTIAL”.....	22
3.4	COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO CON DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, COMERCIALMENTE OFRECIDO COMO “BIENESTAR PRUDENTIAL PREMIUM”.....	24
3.5	COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO PARA INGRESO FAMILIAR CON DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, COMERCIALMENTE OFRECIDO COMO “RESPALDO PRUDENTIAL PREMIUM”.....	26
3.6	COBERTURA TEMPORAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS, COMERCIALMENTE OFRECIDO COMO “MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS”.....	29
3.7	COBERTURA TEMPORAL PARA ENFERMEDADES GRAVES, COMERCIALMENTE OFRECIDO COMO “ENFERMEDADES GRAVES”.....	30
3.8	ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS.....	34
3.9	ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL.....	34
3.10	COBERTURA TEMPORAL POR INVALIDEZ, COMERCIALMENTE CONOCIDO COMO “INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”.....	35
3.11	COBERTURA TEMPORAL POR INVALIDEZ PARA INGRESO FAMILIAR, COMERCIALMENTE OFRECIDO COMO “INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE”.....	36
4	EXCLUSIONES.....	38
4.1	FALLECIMIENTO.....	38
4.2	COBERTURAS CON MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS.....	38
4.3	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE.....	39
4.4	ENFERMEDADES GRAVES.....	40

Prudential Seguros México, S.A. 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 a 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 a 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, Supervivencia, Muerte Accidental, Enfermedad Grave, 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/o ASEGURADO 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 ocurrido el mismo, 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 carpo-metacarpiana 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 irrecuperable de la vista de un ojo;
- La mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total de una mano a nivel de la articulación carpo-metacarpiana 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 carpo-metacarpiana 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 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, aún cuando no se hubiere pagado la Prima o la primera 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 y/o ASEGURADO en caso de no continuar con el pago de Primas. El monto de estos valores depende de las Coberturas contratadas, 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 y/o ASEGURADO en caso de cancelación de la Póliza y se determina de acuerdo al año de Vigencia de la Póliza y a las Coberturas contratadas, 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.

Asimismo, en caso de Disminución de Suma Asegurada o al ejercer su derecho de conversión de Cobertura(s), el CONTRATANTE y/o ASEGURADO tendrá derecho a recibir una parte proporcional del Valor de Rescate de la(s) Cobertura(s) afectada(s).

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 al año de Vigencia de la Póliza y a las Coberturas contratadas, 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 2º grado consanguíneo con el ASEGURADO, certifique que éste tiene una esperanza de vida de 6 (seis) meses o menos.

1.23 ENFERMEDAD GRAVE.

Es aquella que por su severidad muda dramáticamente la forma de vivir del ASEGURADO, así como su expectativa de vida. Las Enfermedades Graves cubiertas por esta Póliza se definen en el apartado 3. COBERTURAS.

1.24 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.

1.25 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.

1.26 ACUERDO DE ARBITRAJE.

En el supuesto de que hubiera controversia entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA, para determinar si el padecimiento y/o enfermedad que aquel haya sufrido sea preexistente, el ASEGURADO tendrá opción de acudir a un procedimiento de arbitraje médico al cual la COMPAÑÍA está conforme en someterse. De común acuerdo, ambas partes, determinarán a la persona física o moral que fungirá con el carácter de árbitro, elección que se efectuará de entre la lista que proporcione la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá ningún costo para el reclamante.

El acuerdo de arbitraje se registrá por lo dispuesto en el Código de Comercio en el Título de Arbitraje.

1.27 LEY.

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

COPIA SIN VALOR

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 ASEGURADO 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 y/o ASEGURADO 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 a 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 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 en relación al Valor de Rescate a que tengan derecho.

En las Coberturas que cuenten con el beneficio de Devolución de Primas en caso de sobrevivencia del ASEGURADO al término de la Vigencia de la Cobertura, el monto de las Primas a devolver al CONTRATANTE y/o ASEGURADO se reducirá en la misma proporción en que se haya reducido la Suma Asegurada inicialmente contratada con respecto a la Suma Asegurada como consecuencia de la conversión a Seguro Saldado. Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Valores Garantizados.

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.

En caso de que la Suma Asegurada establecida en la Tabla de Valores Garantizados para la conversión a Seguro Saldado sea mayor que la suma de las Sumas Aseguradas de las Coberturas contratadas para esta Póliza, el ASEGURADO deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad correspondientes para el excedente de dicha Suma Asegurada. En caso de no cumplir con estos requisitos de asegurabilidad, o bien, que el excedente no sea aprobado por la COMPAÑÍA, la Suma Asegurada del Seguro Saldado quedará limitada al resultado de la suma de las Sumas Aseguradas de las Coberturas originalmente contratadas y la COMPAÑÍA devolverá el Valor de Rescate correspondiente por el diferencial no ejercido.

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:

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

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

- 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 a 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 a 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 a la proporción que guarde cada una de la(s) Suma(s) Asegurada(s) disminuida(s) sobre la(s) Suma(s) Asegurada(s) originalmente contratada(s) aplicada a los Valores Garantizados (Valor de Rescate y Seguro Saldado) de cada Cobertura afectada.

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(s) nueva(s) Suma(s) Asegurada(s), 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 omisiones, 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 de 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, rescindiré el Contrato y únicamente devolveré la reserva matemática a la fecha de rescisión.

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

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

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

2.12 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.
- b) Copia certificada del acta de defunción.
- c) Identificación oficial del ASEGURADO y de los Beneficiarios
- d) Certificado Médico de Defunción o declaración del médico que hubiere asistido al ASEGURADO o certificado su fallecimiento.
- e) En su caso, copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento del ASEGURADO.
- f) En su caso, toda información y copia de documentos que razonablemente solicite la COMPAÑÍA para verificar el fallecimiento y las circunstancias en que se produjo.

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

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el ASEGURADO.
- b) Identificación oficial del ASEGURADO.

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 2do 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.

Información necesaria en caso de sobrevivencia del ASEGURADO.

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el ASEGURADO.
- b) Identificación oficial del ASEGURADO.
- c) El ASEGURADO deberá presentarse en el domicilio de la COMPAÑÍA.

La COMPAÑÍA queda autorizada a realizar las indagaciones que sean necesarias para la verificación del hecho cubierto, así como para solicitar información adicional al ASEGURADO o a los Beneficiarios.

Información necesaria en caso de diagnóstico de una Enfermedad Grave.

El ASEGURADO o un representante debidamente acreditado del mismo, deberá 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 toda clase de información sobre los hechos relacionados con la Enfermedad Grave, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

La evidencia sobre la ocurrencia de cualquiera de las Enfermedades Graves amparadas bajo esta Cobertura deberá estar sustentada por:

1. 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;
2. Investigaciones confirmatorias, que incluyan, pero no estén limitadas a evidencia clínica, radiológica, histológico y de laboratorio, y;
3. Si la Enfermedad Grave requiere de la realización de un procedimiento quirúrgico, éste debe ser el tratamiento usual para esta condición y ser médicamente necesario.

En caso de que el Médico especialista, certificado en la materia, de la COMPAÑÍA determine la improcedencia del diagnóstico de la Enfermedad Grave, presentado por el ASEGURADO, el ASEGURADO será evaluado por el médico especialista en la materia certificado que el ASEGURADO elija dentro de los especialistas en la materia previamente designados por la COMPAÑÍA para estos efectos.

En caso de proceder el diagnóstico de la Enfermedad Grave, la COMPAÑÍA cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de seguro.

La COMPAÑÍA queda autorizada a realizar las indagaciones que sean necesarias para la verificación del hecho cubierto, así como para solicitar información adicional al ASEGURADO.

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 a 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 cuenta 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, 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.

2.22 AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

No obstante que se agrave el riesgo previamente valorado incluyendo sin limitar un cambio en la actividad o profesión del ASEGURADO, la Compañía no modificará las condiciones de este Contrato de Seguro.

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.

Transcurrido el plazo señalado en el primer párrafo de esta cláusula, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO que no haya recibido su Póliza podrá contactar directamente a la COMPAÑÍA a través de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA, quien estará a obligada de entregar al CONTRATANTE y/o ASEGURADO una copia de la Póliza, sin que esto se entienda que ha solicitado un Duplicado de su Póliza, de conformidad con lo establecido en el numeral 2.3.

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 TEMPORAL POR FALLECIMIENTO, comercialmente ofrecido como **“BIENESTAR PRUDENTIAL”**.

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.

Asimismo, si el ASEGURADO sobrevive al término del plazo de la Cobertura antes señalada, 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.

Renovación Automática.

Las Coberturas temporales por fallecimiento 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, sujeta a 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.

Derecho a Conversión.

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE tendrá derecho a convertir la(s) Cobertura(s) temporal(es) por fallecimiento ya sea en su totalidad o de manera parcial, sin necesidad de presentar nuevas pruebas de asegurabilidad, a cualquiera de las siguientes Coberturas:

- Cobertura vitalicia por fallecimiento
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento para ingreso al retiro
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento para ingreso al retiro con beneficios fiscales

En caso de conversión total, se entenderá:

- a) La cancelación de la(s) Cobertura(s) que dio origen a la conversión.
- b) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibirá el Valor de Rescate que le corresponda por la(s) Cobertura(s) cancelada(s), de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.
- c) La contratación de una nueva Póliza con cualquiera de las Coberturas disponibles para ejercer el derecho de conversión.
- d) La Suma Asegurada de la nueva Cobertura será equivalente a la Suma Asegurada de la Cobertura que dio origen a la conversión.
- e) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima que corresponda a la nueva Cobertura, a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la nueva Póliza,

En caso de conversión parcial, se entenderá lo siguiente:

- a) Del total de la Suma Asegurada de la(s) Cobertura(s) originalmente contratada(s), el ASEGURADO y/o el CONTRATANTE podrá elegir convertir una parte de ésta(s) y continuar con la protección de la(s) Cobertura(s) original(es) con una Suma Asegurada disminuida. La Suma Asegurada disminuida será la resultante de restar a la Suma Asegurada original la Suma Asegurada que se desee convertir.
- b) Para la parte de Suma Asegurada a convertir, se contratará una nueva Póliza con cualquiera de las Coberturas disponibles para ejercer el derecho de conversión.
- c) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO continuará pagando la Prima correspondiente a la Suma Asegurada disminuida de la Cobertura que dio origen a la conversión.
- d) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima correspondiente a la nueva Cobertura, a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la nueva Póliza,
- e) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibirá el Valor de Rescate que le corresponda por la(s) disminución(es) de suma(s) asegurada(s), de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.

El derecho de conversión se podrá realizar siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) El ASEGURADO y/o el CONTRATANTE lo solicite por escrito a la COMPAÑÍA con al menos dos años transcurridos desde el inicio de Vigencia del seguro.
- b) El ASEGURADO no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente.
- c) El plazo del beneficio restante de la Cobertura a convertir no podrá ser menor a 5 años.
- d) La petición de la conversión deberá de ser anterior al aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años.
- e) La moneda deberá de ser la misma que la correspondiente a la Cobertura que da origen a la conversión.
- f) La Suma Asegurada de la nueva Cobertura no podrá ser mayor a la Suma Asegurada de la Cobertura que da origen a la conversión.
- g) La Suma Asegurada de la Cobertura que dio origen a la conversión y la Suma Asegurada de la nueva Cobertura deberán cumplir con la Suma Asegurada mínima establecida por la COMPAÑÍA de acuerdo a sus políticas internas.
- h) El derecho de conversión se realizará mediante la emisión de una nueva Póliza.

Asimismo, para el caso de una conversión parcial, la Cobertura que dio origen a la conversión sufrirá una disminución de la Suma Asegurada y aplicará lo establecido en el apartado 2.8 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.

Por su parte, las características de la Cobertura resultante serán las siguientes:

- a) La Conversión entrará en vigor en el momento en que la COMPAÑÍA emita la nueva Póliza donde se establecerán los nuevos Valores Garantizados, Suma Asegurada y Prima.
- b) La nueva Prima será calculada a la edad alcanzada del ASEGURADO, la nueva Suma Asegurada y las tarifas vigentes a la fecha de conversión.

3.2 COBERTURA TEMPORAL POR SOBREVIVENCIA O FALLECIMIENTO, comercialmente ofrecido como “GARANTÍA PRUDENTIAL”.

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO o a los Beneficiarios, según corresponda, la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, al ocurrirle al ASEGURADO el primero de los siguientes dos eventos, siempre y cuando ocurra durante el plazo de esta Cobertura, señalado en la Carátula de la Póliza:

- a) Al fallecimiento del ASEGURADO.
- b) Por sobrevivencia del ASEGURADO, al término del plazo señalado en la Carátula de la Póliza.

Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO o por sobrevivencia del mismo 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 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 COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO PARA INGRESO FAMILIAR, comercialmente ofrecido como “RESPALDO PRUDENTIAL”.

La COMPAÑÍA pagará al fallecimiento del ASEGURADO la Suma Asegurada para esta Cobertura, de conformidad a la forma de pago de la misma enunciada posteriormente, 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.

Si el ASEGURADO sobrevive al término del plazo de la Cobertura antes señalada, 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.

Forma de pago de la Suma Asegurada.

Los Beneficiarios designados podrá(n) elegir cualquiera de las siguientes opciones de pago de la Suma Asegurada:

- a) De manera mensual durante el tiempo remanente entre la fecha en que ocurrió el Siniestro y la fecha en que venza el plazo de esta Cobertura, estipulado en la Carátula de la Póliza o por 24 meses lo que sea mayor.

Lo anterior en el entendido de que el primer pago que se realice, contendrá los pagos mensuales vencidos a que se tenga derecho, desde la fecha de ocurrencia del Siniestro y la fecha en que se efectúe el primer pago.

Durante el periodo de pago de la Suma Asegurada aplicará el incremento anual de la Suma Asegurada al aniversario de la Póliza de acuerdo a lo establecido anteriormente.

El primer pago se realizará quince días después de haber dictaminado como procedente la reclamación del Siniestro y los subsecuentes se liquidarán los primeros diez días de cada mes durante el período establecido.

- b) En una sola exhibición, la cual será el monto equivalente al valor presente actuarial de las mensualidades futuras de la opción a). Este monto será determinado por la COMPAÑÍA de acuerdo con la nota técnica registrada.
- c) En forma proporcional los beneficios del punto a) y b) anteriores de acuerdo con los porcentajes que el ASEGURADO o los Beneficiarios designados elijan para cada opción.

Una vez iniciado el pago de la Suma Asegurada en forma mensual, los Beneficiarios podrán solicitar en cualquier momento el pago en una sola exhibición del monto equivalente al valor presente actuarial de las rentas del periodo remanente. Dicho monto será determinado por la COMPAÑÍA de acuerdo con la nota técnica registrada.

Derecho a Conversión.

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE tendrá derecho a convertir la(s) Cobertura(s) temporal(es) por fallecimiento para ingreso familiar, ya sea en su totalidad o de manera parcial, sin necesidad de presentar nuevas pruebas de asegurabilidad, a cualquiera de las siguientes Coberturas:

- Cobertura vitalicia por fallecimiento
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento para ingreso al retiro
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento para ingreso al retiro con beneficios fiscales

En caso de conversión total, se entenderá:

- a) La cancelación de la(s) Cobertura(s) que dio origen a la conversión.
- b) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibirá el Valor de Rescate que le corresponda por la(s) Cobertura(s) cancelada(s), de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.
- c) La contratación de una nueva Póliza con cualquiera de las Coberturas disponibles para ejercer el derecho de conversión.
- d) La Suma Asegurada de la nueva Cobertura será equivalente a la Suma Asegurada de la Cobertura que dio origen a la conversión.
- e) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima que corresponda a la nueva Cobertura, a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la nueva Póliza,

En caso de conversión parcial, se entenderá lo siguiente:

- a) Del total de la Suma Asegurada de la(s) Cobertura(s) originalmente contratada(s), el ASEGURADO y/o el CONTRATANTE podrá elegir convertir una parte de ésta(s) y continuar con la protección de la(s) Cobertura(s) original(es) con una Suma Asegurada disminuida. La Suma Asegurada disminuida será la resultante de restar a la Suma Asegurada original la Suma Asegurada que se desee convertir.
- b) Para la parte de Suma Asegurada a convertir, se contratará una nueva Póliza con cualquiera de las Coberturas disponibles para ejercer el derecho de conversión.
- c) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO continuará pagando la Prima correspondiente a la Suma Asegurada disminuida de la Cobertura que dio origen a la conversión.

- d) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima correspondiente a la nueva Cobertura, a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la nueva Póliza,
- e) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibirá el Valor de Rescate que le corresponda por la(s) disminución(es) de suma(s) asegurada(s), de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.

El derecho de conversión se podrá realizar siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) El ASEGURADO y/o el CONTRATANTE lo solicite por escrito a la COMPAÑÍA con al menos dos años transcurridos desde el inicio de Vigencia del seguro.
- b) El ASEGURADO no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente.
- c) El plazo del beneficio restante de la Cobertura a convertir no podrá ser menor a 5 años.
- d) La petición de la conversión deberá de ser anterior al aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años.
- e) La moneda deberá de ser la misma que la correspondiente a la Cobertura que da origen a la conversión.
- f) La Suma Asegurada de la nueva Cobertura no podrá ser mayor a la Suma Asegurada de la Cobertura que da origen a la conversión.
- g) La Suma Asegurada de la Cobertura que dio origen a la conversión y la Suma Asegurada de la nueva Cobertura deberán cumplir con la Suma Asegurada mínima establecida por la COMPAÑÍA de acuerdo a sus políticas internas.
- h) El derecho de conversión se realizará mediante la emisión de una nueva Póliza.

Asimismo, para el caso de una conversión parcial, la Cobertura que dio origen a la conversión sufrirá una disminución de la Suma Asegurada y aplicará lo establecido en el apartado 2.8 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.

Por su parte, las características de la Cobertura resultante serán las siguientes:

- a) La Conversión entrará en vigor en el momento en que la COMPAÑÍA emita la nueva Póliza donde se establecerán los nuevos Valores Garantizados, Suma Asegurada y Prima.
- b) La nueva Prima será calculada a la edad alcanzada del ASEGURADO, la nueva Suma Asegurada y las tarifas vigentes a la fecha de conversión.

3.4 COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO CON DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, comercialmente ofrecido como “BIENESTAR PRUDENTIAL PREMIUM”.

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO, 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 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.

Beneficio por Supervivencia.

Si el ASEGURADO sobrevive al término del plazo de esta Cobertura la COMPAÑÍA le devolverá al ASEGURADO el monto resultante de multiplicar la Prima anual por el Plazo de Pago de Primas (en años) para esta Cobertura.

La Prima anual y el Plazo de Pago de Primas (en años) a considerarse para el pago de este beneficio serán los que se estipulen para esta Cobertura en la Carátula de Póliza o en su caso, en el último Endoso modificatorio posterior a la emisión de la Póliza.

Lo anterior, en el entendido que la Prima anual no incluye los costos derivados de derechos de Póliza ni recargos por pago fraccionado.

Derecho a Conversión.

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE tendrá derecho a convertir la(s) Cobertura(s) temporal(es) por fallecimiento ya sea en su totalidad o de manera parcial, sin necesidad de presentar nuevas pruebas de asegurabilidad, a cualquiera de las siguientes Coberturas:

- Cobertura vitalicia por fallecimiento
- Cobertura temporal por supervivencia o fallecimiento
- Cobertura temporal por supervivencia o fallecimiento para ingreso al retiro
- Cobertura temporal por supervivencia o fallecimiento para ingreso al retiro con beneficios fiscales

En caso de conversión total, se entenderá:

- a) La cancelación de la(s) Cobertura(s) que dio origen a la conversión.
- b) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibirá el Valor de Rescate que le corresponda por la(s) Cobertura(s) cancelada(s), de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.
- c) La contratación de una nueva Póliza con cualquiera de las Coberturas disponibles para ejercer el derecho de conversión.
- d) La Suma Asegurada de la nueva Cobertura será equivalente a la Suma Asegurada de la Cobertura que dio origen a la conversión.
- e) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima que corresponda a la nueva Cobertura, a partir de la fecha de Inicio de Vigencia de la nueva Póliza,

En caso de conversión parcial, se entenderá lo siguiente:

- a) Del total de la Suma Asegurada de la(s) Cobertura(s) originalmente contratada(s), el ASEGURADO y/o el CONTRATANTE podrá elegir convertir una parte de ésta(s) y

- continuar con la protección de la(s) Cobertura(s) original(es) con una Suma Asegurada disminuida. La Suma Asegurada disminuida será la resultante de restar a la Suma Asegurada original la Suma Asegurada que se desee convertir.
- b) Para la parte de Suma Asegurada a convertir, se contratará una nueva Póliza con cualquiera de las Coberturas disponibles para ejercer el derecho de conversión.
 - c) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO continuará pagando la Prima correspondiente a la Suma Asegurada disminuida de la Cobertura que dio origen a la conversión.
 - d) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima correspondiente a la nueva Cobertura, a partir de la fecha de Inicio de Vigencia de la nueva Póliza,
 - e) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibirá el Valor de Rescate que le corresponda por la(s) disminución(es) de suma(s) asegurada(s), de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.

El derecho de conversión se podrá realizar siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) El ASEGURADO y/o el CONTRATANTE lo solicite por escrito a la COMPAÑÍA con al menos dos años transcurridos desde el Inicio de Vigencia del seguro.
- b) El ASEGURADO no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente.
- c) El plazo del beneficio restante de la Cobertura a convertir no podrá ser menor a 5 años.
- d) La petición de la conversión deberá de ser anterior al aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años.
- e) La moneda deberá de ser la misma que la correspondiente a la Cobertura que da origen a la conversión.
- f) La Suma Asegurada de la nueva Cobertura no podrá ser mayor a la Suma Asegurada de la Cobertura que da origen a la conversión.
- g) La Suma Asegurada de la Cobertura que dio origen a la conversión y la Suma Asegurada de la nueva Cobertura deberán cumplir con la Suma Asegurada mínima establecida por la COMPAÑÍA de acuerdo a sus políticas internas.
- h) El derecho de conversión se realizará mediante la emisión de una nueva Póliza.

Asimismo, para el caso de una conversión parcial, la Cobertura que dio origen a la conversión sufrirá una disminución de la Suma Asegurada y aplicará lo establecido en el apartado 2.8 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.

Por su parte, las características de la Cobertura resultante serán las siguientes:

- a) La Conversión entrará en vigor en el momento en que la COMPAÑÍA emita la nueva Póliza donde se establecerán los nuevos Valores Garantizados, Suma Asegurada y Prima.
- b) La nueva Prima será calculada a la edad alcanzada del ASEGURADO, la nueva Suma Asegurada y las tarifas vigentes a la fecha de conversión.

3.5 COBERTURA TEMPORAL POR FALLECIMIENTO PARA INGRESO FAMILIAR CON DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, comercialmente ofrecido como “RESPALDO PRUDENTIAL PREMIUM”.

La COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada para esta Cobertura, de conformidad a la forma de pago de la misma enunciada posteriormente, al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO, 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 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.

Forma de pago de la Suma Asegurada en caso de Fallecimiento del ASEGURADO.

Los Beneficiarios designados podrá(n) elegir cualquiera de las siguientes opciones de pago de la Suma Asegurada:

- a) De manera mensual durante el tiempo remanente entre la fecha en que ocurrió el Siniestro y la fecha en que venza el plazo de esta Cobertura, estipulado en la Carátula de la Póliza o por 24 meses lo que sea mayor.

Lo anterior en el entendido de que el primer pago que se realice, contendrá los pagos mensuales vencidos a que se tenga derecho, desde la fecha de ocurrencia del Siniestro y la fecha en que se efectúe el primer pago.

El primer pago se realizará quince días después de haber dictaminado como procedente la reclamación del Siniestro y los subsecuentes se liquidarán los primeros diez días de cada mes durante el período establecido.

- b) En una sola exhibición, la cual será el monto equivalente al valor presente actuarial de las mensualidades futuras de la opción a). Este monto será determinado por la COMPAÑÍA de acuerdo con la nota técnica registrada.
- c) En forma proporcional los beneficios del punto a) y b) anteriores de acuerdo con los porcentajes que el ASEGURADO o los Beneficiarios designados elijan para cada opción.

Una vez iniciado el pago de la Suma Asegurada en forma mensual, los Beneficiarios podrán solicitar en cualquier momento el pago en una sola exhibición del monto equivalente al valor presente actuarial de las rentas del periodo remanente. Dicho monto será determinado por la COMPAÑÍA de acuerdo con la nota técnica registrada.

Beneficio por Supervivencia.

Si el ASEGURADO sobrevive al término del plazo de esta Cobertura, la COMPAÑÍA le devolverá al ASEGURADO el monto resultante de multiplicar la Prima anual por el Plazo de Pago de Primas (en años) para esta Cobertura.

La Prima anual y el Plazo de Pago de Primas (en años) a considerarse para el pago de este beneficio serán los que se estipulen para esta Cobertura en la Carátula de Póliza o en su caso, en el último Endoso modificatorio posterior a la emisión de la Póliza.

Lo anterior, en el entendido que la Prima anual no incluye los costos derivados de derechos de Póliza ni recargos por pago fraccionado.

Derecho a Conversión.

El ASEGURADO y/o CONTRATANTE tendrá derecho a convertir la(s) Cobertura(s) temporal(es) por fallecimiento para ingreso familiar, ya sea en su totalidad o de manera parcial, sin necesidad de presentar nuevas pruebas de asegurabilidad, a cualquiera de las siguientes Coberturas:

- Cobertura vitalicia por fallecimiento
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento para ingreso al retiro
- Cobertura temporal por sobrevivencia o fallecimiento para ingreso al retiro con beneficios fiscales

En caso de conversión total, se entenderá:

- a) La cancelación de la(s) Cobertura(s) que dio origen a la conversión.
- b) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibirá el Valor de Rescate que le corresponda por la(s) Cobertura(s) cancelada(s), de acuerdo con el procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.
- c) La contratación de una nueva Póliza con cualquiera de las Coberturas disponibles para ejercer el derecho de conversión.
- d) La Suma Asegurada de la nueva Cobertura será equivalente a la Suma Asegurada de la Cobertura que dio origen a la conversión.
- e) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima que corresponda a la nueva Cobertura, a partir de la fecha de Inicio de Vigencia de la nueva Póliza,

En caso de conversión parcial, se entenderá lo siguiente:

- a) Del total de la Suma Asegurada de la(s) Cobertura(s) originalmente contratada(s), el ASEGURADO y/o el CONTRATANTE podrá elegir convertir una parte de ésta(s) y continuar con la protección de la(s) Cobertura(s) original(es) con una Suma Asegurada disminuida. La Suma Asegurada disminuida será la resultante de restar a la Suma Asegurada original la Suma Asegurada que se desee convertir.
- b) Para la parte de Suma Asegurada a convertir, se contratará una nueva Póliza con cualquiera de las Coberturas disponibles para ejercer el derecho de conversión.
- c) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO continuará pagando la Prima correspondiente a la Suma Asegurada disminuida de la Cobertura que dio origen a la conversión.
- d) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO pagará la Prima correspondiente a la nueva Cobertura, a partir de la fecha de Inicio de Vigencia de la nueva Póliza,
- e) El CONTRATANTE y/o ASEGURADO recibirá el Valor de Rescate que le corresponda por la(s) disminución(es) de suma(s) asegurada(s), de acuerdo con el

procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y señalado en la nota técnica respectiva.

El derecho de conversión se podrá realizar siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- a) El ASEGURADO y/o el CONTRATANTE lo solicite por escrito a la COMPAÑÍA con al menos dos años transcurridos desde el Inicio de Vigencia del seguro.
- b) El ASEGURADO no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente.
- c) El plazo del beneficio restante de la Cobertura a convertir no podrá ser menor a 5 años.
- d) La petición de la conversión deberá de ser anterior al aniversario de la Póliza inmediato posterior a que el ASEGURADO cumpla 65 años.
- e) La moneda deberá de ser la misma que la correspondiente a la Cobertura que da origen a la conversión.
- f) La Suma Asegurada de la nueva Cobertura no podrá ser mayor a la Suma Asegurada de la Cobertura que da origen a la conversión.
- g) La Suma Asegurada de la Cobertura que dio origen a la conversión y la Suma Asegurada de la nueva Cobertura deberán cumplir con la Suma Asegurada mínima establecida por la COMPAÑÍA de acuerdo a sus políticas internas.
- h) El derecho de conversión se realizará mediante la emisión de una nueva Póliza.

Asimismo, para el caso de una conversión parcial, la Cobertura que dio origen a la conversión sufrirá una disminución de la Suma Asegurada y aplicará lo establecido en el apartado 2.8 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA.

Por su parte, las características de la Cobertura resultante serán las siguientes:

- a) La Conversión entrará en vigor en el momento en que la COMPAÑÍA emita la nueva Póliza donde se establecerán los nuevos Valores Garantizados, Suma Asegurada y Prima.
- b) La nueva Prima será calculada a la edad alcanzada del ASEGURADO, la nueva Suma Asegurada y las tarifas vigentes a la fecha de conversión.

3.6 **COBERTURA TEMPORAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGANICAS, comercialmente ofrecido 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 sufriere 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 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;
- Si el ASEGURADO sufre una pérdida orgánica y hubiesen transcurrido los noventa (90) días posteriores al Accidente que le dio origen.

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.

3.7 COBERTURA TEMPORAL PARA ENFERMEDADES GRAVES, comercialmente ofrecido como “ENFERMEDADES GRAVES”.

Siempre que el ASEGURADO se encuentre con vida al momento de presentar la reclamación, la COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, si se diagnostica que, durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza, el ASEGURADO ha sufrido o ha desarrollado por primera vez, una de las Enfermedades Graves que a continuación se definen:

- a) Cáncer.** Significa la presencia de un tumor maligno que se caracteriza por ser progresivo, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. Debe considerarse necesario un esquema de intervención mayor o cirugía mayor o haberse iniciado tratamiento paliativo. El Cáncer debe diagnosticarse inequívocamente con la confirmación histopatológica.

Se excluyen los siguientes tumores:

- Enfermedad de Hodgkin y linfoma No-Hodgkin Etapa 1 (clasificación de Ann Arbor).
- Leucemia linfocítica crónica menor a *Estadio I de RAI (linfocitosis y linfadenopatías, ganglios linfáticos inflamados)* o *A de Binet (menos de tres áreas ganglionares aumentadas de tamaño; no hay anemia ni trombocitopenia)*.
- Leucemia diferente a la leucemia linfocítica crónica *si no hay diseminación generalizada de células leucémicas en la médula ósea formadora de sangre*.
- *Tumores que muestran los cambios malignos de un carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical NIC-1: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, NIC-2: lesión escamosa intraepitelial de alto grado, displasia moderada y NIC-3: lesión considerada también de alto grado, displasia severa)* o que son descritos histológicamente como pre – malignos.
- Todos los cánceres de la piel, a menos que exista evidencia de metástasis o que el tumor sea un melanoma maligno con espesor máximo mayor a 1.5 mm de acuerdo a la determinación por examen histológico utilizando el método de Breslow.
- Cánceres que no ponen la vida en peligro, como los de próstata que son descritos histológicamente en la Clasificación TNM como *T1(a): Tumor detectado como hallazgo fortuito en una extensión menor o igual al 5% del tejido resecado; ó T1 (b): en una extensión mayor del 5% del tejido resecado; o con una clasificación equivalente o menor*.
- Micro – carcinoma papilar de tiroides.
- Cáncer papilar no invasiva de la vejiga, histológicamente descrito como *TaNO Mo (no demuestran metástasis ganglionares regionales o no hay metástasis a distancia)* o con una clasificación menor.

b) Cirugía arterio-coronaria (By-pass). Significa la realización del injerto para la derivación de la arteria coronaria vía una toracotomía para corregir o tratar la enfermedad de la arteria coronaria.

c) Derrame e infarto cerebral. Significa el padecer un ataque de apoplejía como resultado de un evento cerebro-vascular. La apoplejía debe dar como resultado déficit neurológico que produzca la incapacidad permanente e irreversible del ASEGURADO para:

- Desplazarse en el interior de una habitación a otra, en un solo nivel o una planta; o

- Alimentarse por sí mismo una vez que la comida ha sido preparada y disponible; o
- Comunicarse por medio de lenguaje verbal.

La evaluación de las condiciones antes mencionadas no deberá realizarse antes de que hayan transcurrido 3 (tres) meses de la fecha en que se presentó el evento de la apoplejía. Deberá existir evidencia clara en una Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o técnica de imagen apropiada de que el evento de la apoplejía ha ocurrido y alguno de los siguientes:

- Infarto del tejido cerebral; o
- Hemorragia intracraneala o sub-aracnoidea.

Los síntomas cerebrales debidos a migraña, lesión cerebral resultante de trauma o hipoxia y enfermedad vascular que afecta el ojo, nervio óptico o funciones vestibulares están excluidos.

- d) Infarto de miocardio.** Significa el diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce por un aporte sanguíneo insuficiente al área relevante.

Se deben satisfacer todos los siguientes criterios:

- Dolor típico en el centro del tórax sugestivo de ataque cardíaco;
- Incremento diagnóstico de marcadores cardíacos específicos característicos para ataque cardíaco;
- Nuevos cambios electrocardiográficos de infarto; y
- Evidencia de la disminución en la función ventricular izquierda, como una reducción en la fracción de eyección ventricular izquierda o hipocinesia significativa, acinesia o anomalías en la movilidad de la pared secundarias al ataque cardíaco.

- e) Insuficiencia renal crónica.** Significa la falla renal terminal que se presenta con insuficiencia irreversible y crónica de la función de ambos riñones, como resultado de la cual se inicia diálisis renal en forma regular o se lleva a cabo el trasplante renal.

- f) Trasplante de órgano mayor.** Significa el trasplante de órgano humano, de un donador al ASEGURADO de uno o más de los siguientes órganos: riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o trasplante de médula ósea. Lo anterior en el entendido de que el pago de la indemnización se realizará una vez realizado el trasplante. **Se excluye el trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.**

Al diagnóstico de una Enfermedad Grave 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 la misma.

Si durante el plazo de Vigencia de esta Cobertura, señalado en la Carátula de la Póliza, el ASEGURADO no ha sufrido o desarrollado por primera vez, alguna de las Enfermedades Graves, la protección por esta Cobertura terminará sin obligación alguna para la COMPAÑÍA.

En caso de diagnóstico simultáneo de más de una Enfermedad Grave del ASEGURADO, la obligación de la COMPAÑÍA estará limitada a pagar el beneficio derivado por el diagnóstico de una sola Enfermedad Grave.

Periodo No Cubierto.

a) Periodo de Exclusión / Periodo de Espera.

Ningún beneficio será exigible si los síntomas aparecen por primera vez o si la condición ocurre o es diagnosticada dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha de Inicio de Vigencia o de la última Rehabilitación de esta Cobertura. En caso de renovación automática, no aplicará este Periodo de Espera.

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 Cobertura 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 Cobertura quedará vigente y el ASEGURADO gozará de los mismos beneficios que esta Cobertura le otorga.

Renovación de la Cobertura.

Una vez vencido el periodo de Cobertura marcado en la Carátula de la Póliza, esta Cobertura se renovará, por periodos sucesivos de igual duración al periodo inicial, siempre y cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO lo notifique a la COMPAÑÍA con una anticipación no menor a los 90 (noventa) días previos a la Fecha de Vencimiento de la misma.

La renovación se otorgará sujeta a las siguientes condiciones:

1. La Suma Asegurada al inicio de cada renovación coincidirá con la vigente en el periodo anterior, salvo que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite su modificación al inicio de la renovación 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, 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 se otorgará, siempre y cuando al momento de dicha renovación, se cumplan los siguientes requisitos:

1. Se cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la COMPAÑÍA para la edad alcanzada del ASEGURADO al inicio de cada renovación, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación;
2. La edad alcanzada del ASEGURADO no rebase la edad máxima de aceptación de la Cobertura;
3. 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;
4. El ASEGURADO no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente.
5. El ASEGURADO no haya sido diagnosticado por una de las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta Póliza; y
6. El pago del beneficio por esta Cobertura no se encuentre en proceso de reclamación al momento de la renovación.

Cancelación de la Cobertura.

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

- Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO;
- Al diagnóstico y pago de la indemnización correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta Póliza; y
- Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la cancelación de esta Cobertura.

3.8 ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS.

Al fallecimiento del ASEGURADO, con la sola presentación de esta Póliza y del certificado médico de defunción, salvo restricción legal en contrario 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 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.

3.9 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 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 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 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 CONTRATANTE y/o 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 beneficio.

3.10 COBERTURA TEMPORAL POR INVALIDEZ, comercialmente conocido 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.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.

Si el ASEGURADO sufre un estado de Invalidez Total 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 Total 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.

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:

4. 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.
5. 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.
6. 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:

4. La edad alcanzada del ASEGURADO no rebase la edad máxima de aceptación de la Cobertura.
5. 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.
6. El ASEGURADO no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente.

3.11 COBERTURA TEMPORAL POR INVALIDEZ PARA INGRESO FAMILIAR, comercialmente ofrecido 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, de conformidad a la forma de pago de la misma enunciada posteriormente, 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.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente.

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

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

Si el ASEGURADO sufre un estado de Invalidez Total 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 Total 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.

Forma de pago de la Suma Asegurada.

El ASEGURADO podrá elegir cualquiera de las siguientes opciones de pago de la Suma Asegurada:

- a) De manera mensual durante el tiempo remanente entre la fecha en que ocurrió el Siniestro y la fecha en que venza el plazo de esta Cobertura, estipulado en la Carátula de la Póliza o por 24 meses lo que sea mayor.

Lo anterior en el entendido de que el primer pago que se realice, contendrá los pagos mensuales vencidos a que se tenga derecho, desde la fecha de ocurrencia del Siniestro y la fecha en que se efectúe el primer pago.

Durante el periodo de pago de la Suma Asegurada aplicará el incremento anual de la Suma Asegurada al aniversario de la Póliza de acuerdo a lo establecido anteriormente.

El primer pago se realizará quince días después de haber dictaminado como procedente la reclamación del Siniestro y los subsecuentes se liquidarán los primeros diez días de cada mes durante el período establecido.

- b) En una sola exhibición, la cual será el monto equivalente al valor presente actuarial de las mensualidades futuras de la opción a). Este monto será determinado por la COMPAÑÍA de acuerdo con la nota técnica registrada.
- c) En forma proporcional los beneficios del punto a) y b) anteriores de acuerdo con los porcentajes que el ASEGURADO elija para cada opción.

Una vez iniciado el pago de la Suma Asegurada en forma mensual, el ASEGURADO podrá solicitar en cualquier momento el pago en una sola exhibición del monto equivalente al valor presente actuarial de las rentas del periodo remanente. Dicho monto será determinado por la COMPAÑÍA de acuerdo con la nota técnica registrada.

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 encuentra 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 de paracaidismo, buceo o alpinismo profesional.**

- **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 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 provoquen.**
- **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.

4.4 ENFERMEDADES GRAVES.

Ningún beneficio será pagadero en relación a esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el ASEGURADO es como resultado de cualquier de las siguientes:

- Guerra u hostilidades (sea o no Guerra declarada), guerra civil, insurrección, revolución, inestabilidad civil o motín.
- 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.
- Un acto intencional o auto-inflingido.
- Ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
- VIH/SIDA.
- Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
- Participación deliberada del ASEGURADO en cualquier acto ilegal o criminal.

- **Actos ilegales por el Beneficiario de la póliza que den lugar a la Enfermedad Grave el ASEGURADO.**
- **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 que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.**

“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 17 de octubre del 2012, 11 de junio del 2014, 15 de abril 2015, 15 de julio del 2016 y 27 de enero del 2017, con los de números de registros PPAQ-S0106-0076-2012, RESP-S0106-0005-2014,RESP-S0106-0395-2015, RESP-S0106-0142-2016 y RESP-S0106-0017-2017 respectivamente”.

“El Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), ante CONDUSEF, con número CONDUSEF-000218-01, de fecha 27 de enero del 2017.”

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos (55) 1103-7000 y en el interior de la república al 01800-00-54-33, y/o al correo electrónico atencionaclientes.mx@prudential.com.mx o visite www.prudentialeseguros.com.mx; o bien, comunicarse a CONDUSEF al teléfono (55) 534009999 en la Ciudad de México y del interior de la república al 01 800 999 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.prudentialeseguros.com.mx, para tener acceso al Glosario.