

SOLICITUD DEL SEGURO DE VIDA TEMPORAL CORTO PLAZO - P2
1.- Datos del Solicitante o Contratante:
Nombre o denominación social:
Domicilio completo (Calle, número exterior e interior, Municipio o Alcaldía, C.P., Entidad Federativa):
R.F.C.:
Correo electrónico:
Teléfono:
Nacionalidad:
Régimen fiscal Persona física Persona moral
Folio mercantil:
Giro Mercantil:
2.- Representante Legal
Nombre completo:
Fecha de nacimiento:
Nacionalidad:
¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras de la presente solicitud? (Especifique):
3.- Características del Grupo Asegurado
Relación entre Contratante – Asegurado:
 Empresa - Cliente Patrón Empleado Asociación – Asociado

Otro: _____

¿Se contrata la póliza con subgrupos? Sí No

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, informe el número de los subgrupos y las características que tienen:

¿El objeto del seguro será garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante? Sí No

En caso de la respuesta anterior sea afirmativa detalle: _____

Fecha deseable de emisión:
Operación: Vida Grupo sin participación de utilidades.

¿Desea que la póliza sea autoadministrada? Sí No
4.- Coberturas y sumas aseguradas

Acorde a lo indicado en las condiciones generales de la cual forma parte esta solicitud, llene la presente sección con las características que desea para el Grupo Asegurable, tome en cuenta la cobertura básica y adicionales. En caso de que la contratación de la Póliza sea con subgrupos, y de que las coberturas y/o sumas aseguradas o reglas para determinarlas varíen entre subgrupos por favor detallarlo en la columna nombrada "SUBGRUPO APLICABLE", en caso de que la Póliza NO se contrate con subgrupos, puede indicar "N/A" o dejar el espacio en blanco.

COBERTURA	SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINARLA	SUBGRUPO APLICABLE

5.- Datos del Agente

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

Clave de Agente	Nombre de Agente	% Participación

OPCIONAL: Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a

este contrato de Seguro, en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico: _____.

SÍ ACEPTO: _____ NO ACEPTO: _____

IMPORTANTE LEER:

Descripción de definiciones en Condiciones Generales.

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

AVISO DE PRIVACIDAD CORTO: Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>

Le recordamos que el producto que se pretende adquirir bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o limitantes de cobertura, los cuales puede consultar en las respectivas condiciones generales, disponibles en nuestra página web: www.prudentialeseguros.com.mx.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la **Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE):**

Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348. **Teléfono:** 55 1103 7000 y al 800-000-54-33

Correo electrónico: quejasyconsultas@prudential.com

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

Ciudad de México, a _____ de _____ de 20__

Nombre y Firma del Contratante

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DEL SEGURO DE VIDA TEMPORAL CORTO PLAZO - P2

No. Póliza:

Operación de Seguros: Vida Grupo sin participación de utilidades

No. Certificado

Datos del Contratante

Nombre o denominación social:

Domicilio:

R.F.C.:

C.P.:

Datos del Asegurado

Nombre:

Domicilio (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado):

Fecha de Alta:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Correo electrónico:

Subgrupo:

Cobertura	Suma asegurada o regla para determinarla

IMPORTANTE LEER:

AVISO DE PRIVACIDAD CORTO: Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>

Le recordamos que el producto del cual solicita formar parte del Grupo Asegurado contiene exclusiones y/o limitantes de cobertura, los cuales puede consultar en las respectivas condiciones generales, disponibles en nuestra página web www.prudentialeseguros.com.mx.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la **Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE):**

Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348. **Teléfono:** 55 1103 7000 y al 800-000-54-33

Correo electrónico: quejasyconsultas@prudential.com

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

OPCIONAL: Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este contrato de Seguro, en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico:_____.

SÍ ACEPTO: _____ NO ACEPTO: _____

Ciudad de México, a _____ de _____ de 20__

Nombre y Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

(Espacio para logo de la aseguradora)

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

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL CORTO PLAZO - P2
(Prestación laboral)

No. Póliza: **Forma de pago:**
Fecha de emisión: **Moneda:**
Vigencia desde: **Hasta:**
No. Certificado: **Operación de Seguros:** Vida Grupo Vida Grupo sin participación de utilidades

Datos del Asegurado

Nombre:
Domicilio: **Fecha de nacimiento:**
Sexo: **Edad:**
Correo electrónico:

Datos del Contratante

Nombre o denominación social: **C.P.:**
Domicilio:
R.F.C.:

Cobertura Amparada	Suma Asegurada o regla para determinarla

Prima Total:

Beneficiarios Designados

Nombre Completo	Relación	% Asignado	Revocable

Características particulares:

IMPORTANTE LEER:

AVISO DE PRIVACIDAD CORTO: Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>
Descripción de definiciones en condiciones generales.

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

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

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

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

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

EXTRACTO DE CONDICIONES GENERALES

Indemnización por Mora: En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar una indemnización por mora calculada de acuerdo con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 (treinta) días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Prescripción: Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años, tratándose de fallecimiento y dos años en los demás casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de dicha ley. Es nulo el pacto que abrevie o extienda los plazos de prescripción a que se refiere el párrafo anterior. 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. Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación ante nuestra Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones.

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

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

Comunicaciones: Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes podrán hacerse: (i) por escrito al último domicilio señalado por el Contratante para tal efecto; y/o (ii) por correo electrónico o mensaje de texto SMS (a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet) y/o (iii) vía telefónica al número telefónico fijo o móvil que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet. En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico, vía mensaje de texto SMS, o vía telefónica, dichas notificaciones se tendrán como válidas para todos los efectos legales a los que haya lugar en términos de lo establecido en el Capítulo I del Título Segundo del Código de Comercio. Las notificaciones al Contratante y/o Asegurado en términos de lo anterior se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio, correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la Compañía tenga conocimiento.

Pago de la suma asegurada: Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado y/o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán mediante transferencia interbancaria por parte de la Compañía, a una cuenta bancaria y/o cuenta de fondos de pago electrónico a nombre del Asegurado o Beneficiario, según sea el caso. En caso de que no cuente con ninguna de ellas, se hará por orden de pago o del medio que disponga la Compañía. Para proceder al pago de cualquier cantidad estipulada en la presente Póliza y/o Certificado Individual por motivo de los riesgos amparados por la misma, es indispensable que se compruebe a la Compañía, la realización del Evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación. La Compañía pagará la indemnización que corresponda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que reciba la información y la documentación completa que le permita conocer la ocurrencia del Siniestro, las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

Carencia de restricciones: Este Contrato de Seguro no se afectará si el Asegurado cambia ocupación siempre que ésta sea lícita y el objeto de este seguro no sea el de otorgar una prestación laboral, ni por la realización de viajes posteriormente a su incorporación al Grupo Asegurado.

Aviso de Ocurrencia del Siniestro: Cualquier Evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del Siniestro y del derecho constituido a su favor, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se deberá avisar a la Compañía tan pronto desaparezca el impedimento.

Dolo o mala fe: Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas: a) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o sus representantes, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al Siniestro. b) Si, con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación para documentar el Siniestro de la cobertura de que se trate, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro.

c) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o los representantes de ellos, presentan documentación apócrifa para que la Compañía conozca las causas y consecuencias del Siniestro y/o se conduzcan con falsedad en la declaración del Siniestro.

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

Le invitamos consultar las condiciones generales de su póliza, en las mismas podrá conocer las coberturas, exclusiones y restricciones de este seguro. Las condiciones generales las podrá consultar también en la página web: www.prudentialeseguros.com.mx. La cobertura de fallecimiento por cualquier causa contiene una única exclusión que está contenida dentro de la cláusula 2.1.1 de las Condiciones Generales.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la **Unidad Especializada de Atención de**

(Espacio para logo de la aseguradora)

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

Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE):

Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348. **Teléfono:** 55 1103 7000 y al 800-000-54-33

Correo electrónico: quejasyconsultas@prudential.com

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México. **Correo electrónico:** asesoria@condusef.gob.mx

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

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

Ciudad de México, a

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

Contacto

Reporte de siniestro:

Teléfono:

Servicio a clientes:

Teléfono:

www.prudentialseguros.com.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA TEMPORAL CORTO PLAZO - P2

No. Póliza: Forma de pago:
Fecha de emisión: Moneda:
Vigencia desde: Hasta las:
No. Certificado: Operación de Seguros: Vida Grupo sin participación de utilidades

Datos del Asegurado

Nombre: Fecha de nacimiento:
Domicilio: Edad:
Sexo:
Correo electrónico:

Datos del Contratante

Nombre o denominación social: C.P.:
Domicilio:
R.F.C.:

Cobertura Amparada	Suma Asegurada o regla para determinarla

Prima Total:

Beneficiarios Designados

Nombre Completo	Relación	% Asignado	Revocable

Características particulares:**IMPORTANTE LEER:**

AVISO DE PRIVACIDAD CORTO: Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad integral visite <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>

Descripción de definiciones en condiciones generales.

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

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

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

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

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

EXTRACTO DE CONDICIONES GENERALES

Indemnización por Mora: En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar una indemnización por mora calculada de acuerdo con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 (treinta) días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Prescripción: Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en cinco años, tratándose de fallecimiento y dos años en los demás casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de dicha ley. Es nulo el pacto que abrevie o extienda los plazos de prescripción a que se refiere el párrafo anterior. 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. Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación ante nuestra Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones.

Competencia: En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de dos años contados a partir que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante. De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Comunicaciones: Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes podrán hacerse: (i) por escrito al último domicilio señalado por el Contratante para tal efecto; y/o (ii) por correo electrónico o mensaje de texto SMS (a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet) y/o (iii) vía telefónica al número telefónico fijo o móvil que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet. En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico, vía mensaje de texto SMS, o vía telefónica, dichas notificaciones se tendrán como válidas para todos los efectos legales a los que haya lugar en términos de lo establecido en el Capítulo I del Título Segundo del Código de Comercio. Las notificaciones al Contratante y/o Asegurado en términos de lo anterior se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio, correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la Compañía tenga conocimiento.

Pago de la suma asegurada: Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado y/o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán mediante transferencia interbancaria por parte de la Compañía, a una cuenta bancaria y/o cuenta de fondos de pago electrónico a nombre del Asegurado o Beneficiario, según sea el caso. En caso de que no cuente con ninguna de ellas, se hará por orden de pago o del medio que disponga la Compañía. Para proceder al pago de cualquier cantidad estipulada en la presente Póliza y/o Certificado Individual por motivo de los riesgos amparados por la misma, es indispensable que se compruebe a la Compañía, la realización del Evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación. La Compañía pagará la

indemnización que corresponda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que reciba la información y la documentación completa que le permita conocer la ocurrencia del Siniestro, las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

Carencia de restricciones: Este Contrato de Seguro no se afectará si el Asegurado cambia ocupación siempre que ésta sea lícita y el objeto de este seguro no sea el de otorgar una prestación laboral, ni por la realización de viajes posteriormente a su incorporación al Grupo Asegurado.

Aviso de Ocurrencia del Siniestro: Cualquier Evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del Siniestro y del derecho constituido a su favor, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se deberá avisar a la Compañía tan pronto desaparezca el impedimento.

Dolo o mala fe: Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas: a) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o sus representantes, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al Siniestro. b) Si, con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación para documentar el Siniestro de la cobertura de que se trate, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro. c) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o los representantes de ellos, presentan documentación apócrifa para que la Compañía conozca las causas y consecuencias del Siniestro y/o se conduzcan con falsedad en la declaración del Siniestro.

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

Le invitamos a consultar las condiciones generales de su póliza, en las mismas podrá conocer las coberturas, exclusiones y restricciones de este seguro. Las condiciones generales las podrá consultar también en la página web: www.prudentialseguros.com.mx. La cobertura de fallecimiento por cualquier causa contiene una única exclusión que está contenida dentro de la cláusula 2.1.1 de las Condiciones Generales.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la **Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE):**

Domicilio: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348. **Teléfono:** 55 1103 7000 y al 800-000-54-33

Correo electrónico: quejasyconsultas@prudential.com

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P.03100, Ciudad de México.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

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

Ciudad de México, a

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

Contacto

Reporte de siniestro:

Teléfono:

Servicio a clientes:

Teléfono:

www.prudentialseguros.com.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la **Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE)**:

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

Teléfono: 55 1103 7000 y al 800-000-54-33 **Correo electrónico:** quejasycasos@prudential.com

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):

Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

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

Ciudad de México, a

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

Contacto

Reporte de siniestro:
Teléfono:

Servicio a clientes:
Teléfono:

www.prudentialseguros.com.mx

CONDICIONES GENERALES

“Seguro de Vida Temporal Corto Plazo - P2”

Contenido

1. DEFINICIONES	3
2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	7
2.1 Cobertura Básica	7
2.1.1 Cobertura básica de Fallecimiento por cualquier causa	7
2.2 Coberturas Adicionales	7
2.2.1 Muerte Accidental (MA)	8
2.2.2 Invalidez Total y Permanente por Accidente	9
2.2.3 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente (RDHA)	10
2.2.4 Pérdida(s) Orgánica(s) por Accidente	11
2.2.5 Apoyo para Gastos de Atención Médica por Accidente	13
2.2.6 Fractura de huesos, Dislocaciones o Quemaduras graves	14
3. CLÁUSULAS GENERALES	19
3.1 Obligaciones del Contratante	19
3.2 Registro de Asegurados	19
3.3 Certificados individuales	20
3.4 Vigencia del contrato	20
3.5 Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro	20
3.6 Modificaciones	20
3.7 Prima del Seguro	21
3.8 Límites de Edad	21
3.9 Carencia de Restricciones	22
3.10 Administración y Acceso a la Información	22
3.11 Renovación Automática	23
3.12 Terminación del Contrato de Seguro	23
3.13 Aviso de Ocurrencia del Siniestro	23
3.14 Comprobación del Siniestro	23
3.15 Dolo o mala fe	24
3.16 Arbitraje	24
3.17 Pago de la Suma Asegurada	24
3.18 Suicidio	25
3.19 Agravación del Riesgo	25
3.20 Comunicaciones	26
3.21 Grupo Asegurado con objeto de prestación laboral	26
3.22 Altas al Grupo Asegurado	27
3.23 Bajas del Grupo Asegurado	27
3.24 Moneda	27
3.25 Comisión o compensación directa	27
3.26 Indemnización por Mora	27
3.27 Prescripción	28
3.28 Nulidad	28
3.29 Entrega de la Documentación Contractual	28
3.30 Terminación Anticipada del Contrato de Seguro	28
3.31 Uso de Medios Electrónicos	29
3.32 Competencia	29
3.33 Invitación para Consultar al RECAS	30
3.34 Aviso de privacidad corto	30

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la Compañía o la Aseguradora, emite las condiciones generales de la presente Póliza en favor de la(s) persona(s) identificada(s) como Asegurado(s) en los respectivos Certificados Individuales para cubrir los riesgos más adelante detallados, siempre y cuando tales riesgos se señalen como amparados en la Carátula del Certificado Individual y mientras se encuentre vigente al momento del Siniestro y sea en apego a los términos y condiciones y cláusulas del presente Contrato de Seguro.

1. DEFINICIONES

Asegurado

Es aquella persona física que forma parte del Grupo Asegurado, que se encuentra amparado conforme a las coberturas contratadas previstas en esta Póliza y cuyos datos aparecen en el Certificado Individual.

Accidente

Es todo acontecimiento provocado por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del Asegurado y que le origina directamente lesiones corporales que requieren tratamiento médico y/o quirúrgico en los días determinados en cada cobertura posteriores a su ocurrencia o la muerte.

Para efectos de este seguro no se considerarán Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Beneficiario

Es aquella persona que, designada conforme más adelante se indica, tiene derecho a recibir las Sumas Aseguradas por las coberturas de fallecimiento, o la proporción correspondiente de aquellas coberturas en las que se le haya designado con el carácter de Beneficiario, una vez ocurrida la eventualidad cubierta.

Se designa como Beneficiario en primer lugar al cónyuge del Asegurado o a su concubina(rio), en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.

A falta de los Beneficiarios mencionados en el párrafo que antecede, el importe que corresponda se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

En cualquier momento, el Asegurado podrá designar, sustituir y/o revocar a sus Beneficiarios, siempre y cuando esta Póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor. Para tales efectos, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Aseguradora, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos), parentesco o relación con el Asegurado y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de la(s) identificación(es) del (de los) Beneficiario(s) si dicha designación fuere irrevocable, el Asegurado deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s). Una vez que la Compañía reciba la designación de Beneficiario(s), emitirá el Endoso en el que se haga constar tal designación.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones si paga el importe de lo procedente con base en la designación de Beneficiario(s) más reciente realizada conforme a lo previsto en esta definición. Si habiendo varios Beneficiarios desapareciere alguno, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales a las de los demás. Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe de las coberturas que se mencionan en el primer párrafo de esta definición se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación del Beneficiario.

ADVERTENCIA:

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

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

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

Certificado y/o Certificado Individual

Es el documento emitido por la Compañía para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, los cuales entregará al Contratante para su distribución o la Compañía se los hará llegar a cada uno de los Asegurados.

El Certificado contendrá, entre otras cosas, los datos de identificación del Contratante, del Asegurado, Suma Asegurada, coberturas amparadas, Prima, Vigencia y cualquier otra información referente a los términos bajo los cuales debe operar el presente Contrato de Seguro.

Contratante

Es la persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro con la Compañía y sobre la cual recae la obligación de pago de las Primas.

Culpa Grave

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

Diagnóstico

Es el dictamen sobre un padecimiento o condición de este, que efectúa un Médico, apoyándose para ello en elementos, como evaluación directa, así como pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

Dislocación o luxación completas

Es la separación completa de los huesos que forman una articulación, diagnosticada por un Médico y tratada mediante la colocación de los huesos en su lugar (procedimiento de reducción).

Dislocación o luxación parciales

Es la separación incompleta de los huesos que forman una articulación, diagnosticada por un Médico y tratada mediante la colocación de los huesos en su lugar (procedimiento de reducción).

Dislocaciones múltiples o luxaciones múltiples

Es la presencia de dos o más dislocaciones que requieren procedimientos de reducción.

Endoso

Es el documento emitido por la Compañía, que modifica las condiciones particulares de la Póliza.

Enfermedad Preexistente

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

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

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un Diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de la determinación de la preexistencia de una enfermedad, se resolverá conforme a lo indicado en la cláusula 3.16 Arbitraje.

Evento o Eventualidad

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

Fractura

Es la lesión traumática de un hueso ocasionada por la acción de una fuerza externa a consecuencia de un Accidente, caracterizada por una interrupción de la continuidad del tejido óseo. Debe ser diagnosticada por un Médico con cédula profesional y demostrada mediante estudios radiológicos.

Grupo Asegurado

Es el conjunto de personas que mantienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Hospital

Es la Institución Pública o Privada legalmente autorizada por las autoridades sanitarias para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes mediante la atención de Médicos, durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

Se incluyen en esta definición los sanatorios y clínicas que cumplan con lo anterior, de no cumplirlo se entenderán excluidos.

Hospitalización

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

Invalidez Total y Permanente por Accidente

Es el estado del Asegurado originado por el sufrimiento de lesiones corporales a causa de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia de la póliza, que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales, y cuando se presuma que dicha imposibilidad sea de carácter permanente; siempre y cuando dicha invalidez haya sido dictaminada como tal por una institución pública de salud o privada de salud, en donde tal dictamen esté soportado por estudios clínicos, de gabinete, exploración y vigilancia física, entre otros.

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

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

Muerte Accidental

Es el fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia de la póliza o hasta un lapso no mayor a 90 (noventa) días siguientes a la fecha de tal Accidente.

Médico

Es la persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina, que puede ser Médico general o Médico especialista certificado por la Secretaría de Salud o autoridad competente, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de la especialidad correspondiente, además de estar certificado por el consejo o colegio de la especialidad de que se trate y que **no sea familiar del Asegurado o Contratante (ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado)**.

Periodo de Gracia

Es el plazo con el que cuenta el Contratante y/o Asegurado para hacer el pago de la Prima o la parcialidad correspondiente, a efecto de que no cesen los efectos de la Póliza.

Póliza y/o Contrato de Seguro

Son los documentos que componen este Contrato: la Carátula, el Certificado Individual, las Condiciones Generales y particulares, el Consentimiento, el Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios y, en su caso, los Endosos.

Práctica profesional de deporte

Es la práctica de deportes en la cual, los atletas reciben un pago por su actividad y dichos practicantes cuentan con certificación y/o acreditación para llevar a cabo esta práctica deportiva.

Prima

Es la contraprestación económica a favor de la Compañía, cuya frecuencia de pago y monto se estipula en la Carátula de la Póliza y en cada Certificado Individual.

Quemaduras Graves

Son las quemaduras de tercer grado que afecten al menos el 20% (veinte por ciento) de la superficie corporal del Asegurado según los resultados de la tabla de Lund-Browder o un calculador equivalente. Serán consideradas como Quemaduras Graves y están amparadas también las quemaduras de tercer grado de cabeza o cara que requieran intubación endotraqueal. El diagnóstico deberá ser confirmado por un Médico especialista y evidenciado por los resultados de la tabla de Lund-Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

Reglamento del Seguro de Grupo

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

Siniestro

Es la realización de la Eventualidad cubierta prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de una indemnización, siempre y cuando se encuentre expresamente amparada bajo los términos y condiciones del Certificado Individual y el Siniestro haya ocurrido mientras el mismo estuviere vigente.

Subgrupo

Es el conjunto de personas parte del Grupo Asegurable, que por guardar una cualidad en común, el Contratante puede celebrar condiciones particulares previstas en esta póliza.

En caso de así ser contratada la póliza, los Subgrupos son únicamente para efectos de identificación entre el Contratante y la Compañía, por lo que el Asegurado tendrá la certeza de su protección por medio de lo consignado en el respectivo Certificado Individual.

Suma Asegurada

Es la cantidad máxima establecida en el Certificado Individual por cada cobertura y hasta por la que tendrá responsabilidad de pagar la Compañía, en caso de ocurrir y proceder un Siniestro.

Tratamientos Ambulatorios

Son los procedimientos médicos que se realizan en un Hospital, sin necesidad de pasar la noche o ser considerado como internado en el Hospital.

Vigencia

Es el periodo indicado en el Certificado Individual, durante la cual el Asegurado queda cubierto bajo la Póliza contratada.

2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

2.1 Cobertura Básica

La cobertura básica descrita en este apartado, opera con Suma Asegurada independiente y la responsabilidad máxima de la Compañía es la establecida en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual, en ningún caso la indemnización será superior a este límite.

2.1.1 Cobertura básica de Fallecimiento por cualquier causa

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura al Beneficiario, si el Asegurado fallece dentro de la Vigencia del Certificado Individual, conforme a lo estipulado en este contrato.

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Certificado de defunción del Asegurado.
2. Acta de Defunción del Asegurado (solo si la tuviere el Beneficiario).
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

Exclusión para esta cobertura: la Aseguradora en ningún caso será responsable de pagar la cobertura en el supuesto de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida, si éste se verifica dentro de los 2 (dos) años posteriores a la celebración del contrato, el seguro no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas. La obligación de la Aseguradora se limitará al reembolso que se menciona en la cláusula general 3.18 de estas condiciones generales.

2.2 Coberturas Adicionales

Las coberturas que aparecen en esta sección son opcionales, las mismas se podrán otorgar con una Prima adicional y únicamente podrán cubrirse conforme a estas

condiciones cuando aparezcan expresamente señaladas como amparadas en el Certificado Individual.

En caso de Siniestro, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada estipulada en cada una de ellas con independencia a la cobertura básica.

2.2.1 Muerte Accidental (MA)

Siempre y cuando se encuentre esta cobertura como amparada en el Certificado Individual, adicional a la cobertura básica de Fallecimiento por cualquier causa y, si derivado de un Accidente que suceda dentro de la Vigencia del Certificado Individual o hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de tal Accidente, falleciere el Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en el Certificado Individual de esta Póliza para esta cobertura.

Esta cobertura tiene una Suma Asegurada en adición a la cobertura básica.

Exclusiones para la cobertura de Muerte Accidental.

La Aseguradora en ningún caso será responsable de pagar por fallecimientos derivados de:

- **La auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **La práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.**
- **Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Riñas y actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado y éste sea sujeto activo.**
- **Cualquier envenenamiento doloso que no sea Accidente.**
- **La Aseguradora en ningún caso será responsable de pagar la cobertura en el supuesto de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida, si éste se verifica dentro de los 2 (dos) años posteriores a la celebración del contrato, el seguro no ampara y la Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas. La obligación de la Aseguradora se limitará**

al reembolso que se menciona en la cláusula general 3.18 de estas condiciones generales.

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Certificado de defunción del Asegurado.
2. Acta de Defunción del Asegurado (solo si la tuviere el Beneficiario).
3. Informe médico del especialista sobre las lesiones originadas por el accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución del padecimiento, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado previo al fallecimiento. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del médico, cédula profesional vigente y firma.
4. En caso de que en el Accidente que ocasionó el fallecimiento hubiera sido necesaria la intervención del ministerio público, se requerirá anexar a la documentación el acta o carpeta de investigación del ministerio público correspondiente.
5. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.2 Invalidez Total y Permanente por Accidente

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

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

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.

Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

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

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **La Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en**

aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.

- Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Accidentes durante el ejercicio de funciones del Asegurado de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.
- Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.
- Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.
- Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.
- La práctica profesional de cualquier deporte.

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Dictamen médico emitido por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado en el que se especifique el mecanismo del Accidente que causa la Invalidez. En el caso de no estar afiliado, se requiere un Certificado expedido por un médico con cédula profesional, con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado junto con el resultado de los estudios actualizados que avalen la invalidez por Accidente.
2. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente (RDHA)

Siempre y cuando se encuentre esta cobertura como amparada en el Certificado Individual, la Compañía pagará 1 (una) renta diaria por cada día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, ocurrido durante la Vigencia de la cobertura señalada en el Certificado Individual. La Suma Asegurada para esta cobertura, que equivaldrá a una renta diaria, se señalará en el Certificado Individual. Las rentas diarias que pagará la Compañía incluirán el primer día de Hospitalización como parte de la indemnización, siempre y cuando se cumpla lo que a continuación se especifica:

1. Sea médicamente necesaria su Hospitalización para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida como consecuencia de un Accidente.
2. El Asegurado pase al menos un día internado de forma completa e ininterrumpida en un Hospital, es decir, se considerará como un día completo cuando hayan transcurrido 24 (veinticuatro) horas continuas.

LIMITE Y RESTRICCIÓN DE LA COBERTURA: esta cobertura adicional tiene como límite de pago hasta 30 (treinta) días, esto es, el pago de hasta 30 (treinta) rentas diarias por Evento, y el número de Eventos amparados por vigencia anual está limitado a 1 (uno).

En caso de que el Asegurado sea hospitalizado a consecuencia del mismo Accidente que dio lugar a una Hospitalización previamente cubierta por la Compañía, y siempre y cuando dicha Hospitalización ocurra dentro de los 90 (noventa) días posteriores al alta anterior, será considerada como continuación de esta constituyendo

un mismo Evento, por lo que en dicho caso solo se le cubrirán al Asegurado las rentas que le resten dentro del límite máximo por Evento. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación del Certificado Individual.

La Compañía pagará al Asegurado las rentas de esta cobertura, aun cuando el Asegurado hubiera estado internado en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva del Hospital, por lo que no se modifica el monto a recibir independientemente del tipo de Hospitalización.

En caso de que el Asegurado fallezca durante su Hospitalización, las rentas o Suma Asegurada de esta cobertura se pagará a los Beneficiarios para la cobertura de fallecimiento.

Exclusiones particulares de esta cobertura.

La Compañía no será responsable al amparo de esta cobertura por lo siguiente:

- **Tratamientos Ambulatorios.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas en las que éste haya participado directamente como provocador.**
- **Hospitalización a causa de lesiones corporales resultantes de cualquier participación en un entrenamiento o conflicto armado planeado por autoridades civiles o militares.**

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Informe del Médico tratante que indique el motivo que origina la Hospitalización, debiendo contener nombre completo, cédula y firma del Médico.
2. Documento emitido, sellado y firmado por el Hospital en donde conste la fecha y hora del internamiento, horas de Hospitalización, fecha y hora del alta hospitalaria y breve explicación del origen y necesidad de la estancia Hospitalaria.
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

Adicionalmente y en caso de poderlos brindar:

1. Factura del Hospital (en caso de ser Hospital privado).
2. Desglose de la cuenta Hospitalaria (en caso de Hospital privado y con el fin de revisar el periodo de Hospitalización).

2.2.4 Pérdida(s) Orgánica(s) por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en el Certificado Individual, si a causa de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia del Certificado (o dentro de un plazo de hasta 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de tal Accidente) y limitado a un evento por Vigencia, el Asegurado perdiera alguno de sus miembros u órgano, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada señalada en el Certificado Individual de esta Póliza, que corresponda de acuerdo con la siguiente tabla:

Pérdida Ocurred	% de Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%

Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos.	30%
La vista de un ojo	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa de los oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cm	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Se entiende por pérdida de la mano su anquilosamiento o su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella hacia el codo; por pérdida del pie, su anquilosamiento o su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella hacia la rodilla; por pérdida de la vista de un ojo se entenderá la desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo; por pérdida de dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarsal, según sea el caso, o arriba de la misma. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación del Certificado Individual.

IMPORTANTE: Cuando sean varias las indemnizaciones en un mismo Accidente durante la vigencia del Certificado, la indemnización acumulada no podrá exceder la Suma Asegurada señalada en el Certificado Individual de la póliza para esta cobertura. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación del Certificado Individual.

Exclusiones para la cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente.

La Compañía no será responsable al amparo de esta cobertura por pérdidas derivadas de:

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

- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Accidentes durante el ejercicio del Asegurado de funciones de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**
- **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental amparada.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Informe médico del especialista sobre las pérdidas originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración y descripción del mecanismo de lesión), en caso de tenerlos, estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la lesión, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Estudios de radiografías e interpretación que ampare la pérdida orgánica.
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.5 Apoyo para Gastos de Atención Médica por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en el Certificado Individual, la Compañía reintegrará al Asegurado los gastos en que éste incurra como consecuencia de un Accidente, y hasta por 10 (diez) días posteriores al mismo, por someterse a un tratamiento médico, intervención quirúrgica o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia y medicinas hasta la suma Asegurada contratada para esta cobertura, limitado a un solo Evento. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación del Certificado Individual.

El monto total del pago será determinado por la suma de todos los gastos por los servicios descritos en el párrafo anterior y siempre que sean médicamente necesarios. En caso de que el monto de los gastos sea mayor a la Suma Asegurada, se considerará la Suma Asegurada como el monto total o límite de responsabilidad de la Compañía. Una vez pagada la indemnización correspondiente, la Compañía queda liberada de obligaciones derivadas de esta cobertura.

Exclusiones para la cobertura de Apoyo para Gastos de Atención Médica por Accidente.

La Compañía no será responsable al amparo de esta cobertura por accidentes derivados de:

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**

- **Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **Viajes en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**
- **Cualquier envenenamiento doloso que no sea Accidente.**
- **Los siguientes eventos:**
 - **Hernias o eventraciones, excepto si son de carácter accidental.**
 - **Abortos, cualquiera que sea su causa.**
 - **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental amparada.**
 - **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Intentos de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Informe Médico del especialista sobre las lesiones originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución del padecimiento, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Algún comprobante que ampare los gastos realizados como son el estado de cuenta hospitalario o el desglose de gastos hospitalarios o la factura hospitalaria, los recibos de honorarios médicos o las facturas por medicamentos, servicios de enfermería o ambulancia.
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.6 Fractura de huesos, Dislocaciones o Quemaduras graves

De encontrarse como contratada la cobertura en el Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado, en una sola exhibición y tomando como límite la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, por cualquiera de los siguientes Eventos: Fracturas, Dislocaciones o Quemaduras Graves que ocurran durante la Vigencia de esta cobertura a consecuencia de un Accidente, con base en las definiciones descritas, limitado a un evento por Vigencia.

2.2.6.1 Fractura de Huesos

De encontrarse amparada esta cobertura en el Certificado Individual, la Compañía indemnizará al Asegurado si sufre una o varias Fracturas óseas simultáneas cubiertas a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la Vigencia del Certificado Individual y que puedan ser demostradas dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente. En caso de Fracturas simultáneas, se pagará el monto procedente para cada Fractura sin que el total exceda la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Limitado a un Evento por Vigencia. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación del Certificado Individual.

La Compañía deberá pagar al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada contratada de acuerdo con la siguiente tabla, conforme a la localización de la Fractura:

Localización de la Fractura Accidental	% Suma Asegurada
Cuello	100%
Cadera, pelvis	80%
Cráneo	50%
Fémur, tarso, húmero	40%
Tobillo, tibia o peroné, codo, escápula	35%
Maxilar inferior, clavícula	30%
Cúbito, radio, muñeca	25%
Vértebras	20%
Esternón, patela, hueso malar	15%
Mano (excluyendo dedos y muñeca), pie (excluyendo dedos y tarso)	10%

Los códigos CIE-10 de Fracturas cubiertas son los siguientes:

Localización de Fractura	CIE-10
Cuello	S120- S122, S127
Cadera, pelvis	S321-S325, S327
Cráneo	S020, S021, S023, S027, S028
Fémur, tarso, húmero	S422-S424, S427, S720-S724, S727, S728, S920-S922
Tobillo, tibia o peroné, codo, escápula	S421, S520, S521, S821-S826
Maxilar inferior, clavícula	S026, S420
Cúbito, radio, muñeca	S522-S526, S620, S621
Vértebras	M484, S220, S221, S320
Esternón, patela, hueso malar	S024, S222, S228, S820
Mano (excluyendo dedos y muñeca)	S622-S624, S923

Pie (excluyendo dedos y tarso)	
--------------------------------	--

CIE: Catálogo de Diagnóstico y procedimientos

Exclusiones para la cobertura de Fractura de Huesos.

La Compañía no será responsable al amparo de esta cobertura por lo siguiente:

- Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.
- Se excluyen las fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o Fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de Fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.
- Fracturas producidas como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.
- Fracturas patológicas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo).
- Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.
- Padecimientos preexistentes que después generen Fracturas.
- La Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.
- Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
- Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.
- Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
- Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.
- Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.
- Intentos de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- La práctica profesional de cualquier deporte.
- Fracturas que sean efecto directo, total o parcial, de Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

- **Fracturas de muñeca y dedos en caso de mano y Fractura de dedos y tarso en caso de pie.**

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Informe médico del especialista sobre las Fracturas originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la Fractura, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.6.2 Dislocaciones

De encontrarse amparada esta cobertura en el Certificado Individual, la Compañía deberá pagar al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada contratada, especificado en la siguiente tabla, conforme a la localización de la Dislocación o Luxación completas causada por un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia del Certificado. Para el caso de una Luxación o Dislocación parciales, se pagará el 25% (veinticinco por ciento) del porcentaje de la Suma Asegurada. En caso de Dislocaciones múltiples, se pagará el porcentaje más alto de las articulaciones afectadas sin que el total exceda la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Limitado a un Evento por Vigencia. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación del Certificado Individual.

Dislocaciones o luxaciones (tratadas con procedimientos de reducción)	% Suma Asegurada
Cadera	100%
Rodilla (no rótula)	63%
Hombro	50%
Pie/tobillo	38%
Mano	30%
Mandíbula inferior	30%
Muñeca	25%
Codo	20%
Dedo del pie	9%

Exclusiones para la cobertura de Dislocaciones:

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **La Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**

- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.**
- **Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**

Requisitos para la reclamación

1. Informe médico del especialista sobre las Dislocaciones originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la Dislocación, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.6.3 Quemaduras Graves

De encontrarse amparada esta cobertura en el Certificado Individual, la Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada, si durante la Vigencia de la Póliza y a consecuencia directa de un Accidente el Asegurado sufriera de Quemaduras Graves (al menos en el 20% (veinte por ciento) de la superficie corporal del Asegurado o si sufriera quemaduras de tercer grado de cabeza o cara que requieran intubación endotraqueal. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación del Certificado Individual.

Exclusiones para la cobertura de Quemaduras Graves:

- **Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas,**

fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico.

- **Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**

Requisitos para la reclamación

1. Informe médico del especialista sobre las Quemaduras originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Carta de Lund-Browder o resultados de un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

3. CLÁUSULAS GENERALES

3.1 Obligaciones del Contratante

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Reglamento del Seguro de Grupo, el Contratante se obliga a lo siguiente:

1. Comunicar el ingreso de nuevos integrantes al Grupo Asegurado, así como entregar a la Compañía los Consentimientos respectivos previo a la incorporación al Grupo Asegurado.
2. Informar, en su caso, si el objeto de esta póliza es el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante.
3. Comunicar en tiempo y forma a la Compañía la separación definitiva de Asegurados.
4. Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro; y
5. Remitir a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación a las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán.

La periodicidad, medios y procedimiento mediante el cual el Contratante dará cumplimiento a las obligaciones antes descritas, así como las características de dicha información, serán los que las partes especifiquen por escrito, en un documento independiente.

Adicionalmente a las obligaciones antes referidas, en caso de que se haya pactado y aparezca así en la carátula de la Póliza, el Contratante entregará a cada Asegurado el Consentimiento / Certificado Individual y la documentación contractual respectiva.

3.2 Registro de Asegurados

La Compañía, con la información proporcionada por el Contratante formará un registro de los Asegurados que contendrá como mínimo, los siguientes datos:

1. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado.
2. Suma Asegurada o regla para determinarla.
3. Fecha de entrada en vigor de cada uno de los Asegurados y fecha de terminación para cada uno.
4. Operación y plan de seguros de que se trate.
5. Número de Póliza, Consentimiento y Certificado Individual; y
6. Coberturas amparadas.

La Compañía podrá otorgar copia del registro de Asegurados al Contratante, previa solicitud por escrito que realice, en cuyo caso la Compañía lo atenderá en un plazo no mayor a los siguientes 30 (treinta) días naturales para tal efecto.

3.3 Certificados individuales

La Compañía expedirá un Certificado para cada uno de los miembros del Grupo Asegurado que entregará al Contratante, que contendrá:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía.
- b) Firma del funcionario autorizado de la Compañía.
- c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado.
- f) Fecha de Vigencia de la Póliza y del Certificado.
- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio.
- h) Nombre de los Beneficiarios.

3.4 Vigencia del contrato

El presente Contrato de Seguro entrará en vigor desde las 00:00 horas de la fecha de inicio de Vigencia señalada en la Carátula y/o Certificado Individual correspondiente y terminará a las 00:00 horas de la fecha de fin de Vigencia indicada en el mismo documento.

3.5 Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

3.6 Modificaciones

Al ser este seguro un contrato de adhesión, cualquier cambio o modificación a los formatos elaborados y registrados por la Compañía, así como a las presentes condiciones generales, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

La Compañía y el Contratante, podrán acordar realizar modificaciones a las condiciones particulares de la Póliza y/o Certificado Individual, entendiéndose éstas como cambio en Sumas Aseguradas, Beneficiarios, formas de pago, etc., en todos los casos, cualquier cambio lo hará constar la Compañía por escrito y mediante Endoso.

La Póliza, Certificado Individual 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 o condiciones efectuadas en otra forma.

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

3.7 Prima del Seguro

La Prima total del Grupo estará determinada por la suma de las Primas que corresponden a cada integrante del Grupo Asegurado y que corresponden a las Primas determinadas para la cobertura básica y las coberturas adicionales, en su caso, contratadas y que lleguen a aparecer en los respectivos Certificados Individuales, aplicando los derechos y recargos definidos por la Compañía.

La Prima vencerá al inicio de cada periodo, establecido en la Carátula de la Póliza o Certificado Individual y se adeudará en su totalidad aun cuando la Compañía no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo.

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

Salvo pacto en contrario consignado en la Carátula o en el Certificado, una vez vencida la Prima, el Contratante gozará de un Período de Gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidar el total de la Prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; en caso de no ser cubierta la Prima dentro del plazo estipulado, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las cero horas del último día de dicho periodo.

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

La Prima convenida podrá ser pagada mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuenta de fondos de pago electrónico y periodicidad que se haya convenido. Si se omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el Período de Gracia mencionado en el párrafo que antecede. En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de Prima, en el caso en que la Prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia bancaria o cuentas de fondos de pago electrónico, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente, el comprobante en los movimientos de la cuenta o la confirmación de la Institución Financiera que recibe el pago será(n) prueba plena del pago de la Prima.

3.8 Límites de Edad

Para los efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de la Vigencia del Certificado Individual o de la renovación correspondiente, los límites de edad establecidos para la contratación de estas coberturas se describen en la siguiente tabla:

Coberturas	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Cancelación Automática
Fallecimiento por Cualquier Causa	18 años	78 años	80 años
Muerte Accidental	18 años	68 años	70 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	18 años	68 años	70 años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	18 años	68 años	70 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente	18 años	68 años	70 años

Apoyo para Gastos de Atención Médica por Accidente	18 años	68 años	70 años
Fractura de Huesos, Dislocaciones o Quemaduras Graves	18 años	68 años	70 años

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión o a más tardar dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a efectuada la rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. 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 repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Todo lo anterior se realizará acorde a las tarifas vigentes registradas por la Compañía ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

3.9 Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no se afectará si el Asegurado cambia ocupación siempre que ésta sea lícita y el objeto de este seguro no sea el de otorgar una prestación laboral, ni por la realización de viajes posteriormente a su incorporación al Grupo Asegurado.

3.10 Administración y Acceso a la Información

La Compañía y el Contratante, podrán pactar y fijar en la Carátula de la Póliza, que para efectos de administración de la misma pueda ser responsabilidad del Contratante, por lo que de aparecer el concepto de autoadministración en la Carátula de la Póliza, el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo, en Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros y demás legislación y normatividad aplicable, así como cualquier requerimiento de alguna autoridad.

En el supuesto arriba mencionado, la Compañía podrá solicitar en cualquier momento, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro con fundamento en alguna normativa y ley vigente que motive el requerimiento de la Compañía.

3.11 Renovación Automática

La Compañía renovará de forma automática la protección que otorga por un periodo de igual duración si no existiera comunicado en el sentido de no renovarla de cualquiera de las partes dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de Vigencia de los Certificados Individuales, en las mismas condiciones en las que fueron contratadas. **En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas en la fecha de la renovación.**

Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante y/o al Asegurado, las Primas que aplicarán en cada renovación.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos para esta póliza.

3.12 Terminación del Contrato de Seguro

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

- a) Término del plazo de Vigencia de la Póliza.
- b) Cuando el Contratante solicite la terminación anticipada de la Póliza.
- c) Si no se paga la Prima dentro del Período de Gracia.

Además de lo anterior, cada certificado individual terminará en lo individual para el Asegurado de que se trate:

- a) Cuando ocurra su fallecimiento.
- b) Cuando el Asegurado llegue a la edad de cancelación.
- c) Termine al vigencia del Certificado Individual.

3.13 Aviso de Ocurrencia del Siniestro

Cualquier Evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del Siniestro y del derecho constituido a su favor, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se deberá avisar a la Compañía tan pronto desaparezca el impedimento.

3.14 Comprobación del Siniestro

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía, debiendo presentar los documentos que se mencionan en cada cobertura.

Transcripción del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

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

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el Contratante y/o, el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la

intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del Siniestro.

3.15 Dolo o mala fe

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o sus representantes, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al Siniestro.**
- b) Si, con igual propósito, no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación para documentar el Siniestro de la cobertura de que se trate, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro.**
- c) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o los representantes de ellos, presentan documentación apócrifa para que la Compañía conozca las causas y consecuencias del Siniestro y/o se conduzcan con falsedad en la declaración del Siniestro.**

3.16 Arbitraje

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de la preexistencia de la enfermedad y/o padecimiento, el Asegurado podrá optar por someter la cuestión al dictamen de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días contados a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia. Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciera cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren. El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciera antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (la autoridad judicial, las partes, los peritos o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo sustituya.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

3.17 Pago de la Suma Asegurada

Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado y/o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán mediante transferencia interbancaria por parte de la Compañía, a una cuenta bancaria y/o cuenta de fondos de pago electrónico a nombre del Asegurado o Beneficiario, según sea el caso. En caso de que no cuente con ninguna de ellas, se hará por orden de pago o del medio que disponga la Compañía.

Para proceder al pago de cualquier cantidad estipulada en la presente Póliza y/o Certificado Individual por motivo de los riesgos amparados por la misma, es indispensable que se compruebe a la Compañía, la realización del Evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación.

La Compañía pagará la indemnización que corresponda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que reciba la información y la documentación completa que le permita conocer la ocurrencia del Siniestro, las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

3.18 Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado dentro de los 2 (dos) primeros años de Vigencia de la Póliza, cualquiera que haya sido su causa y estado mental o físico, la Compañía solamente reembolsará a los Beneficiarios la reserva matemática.

3.19 Agravación del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el Siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

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

Con independencia de todo lo anterior, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o

cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s) o Asegurado(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad, que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

3.20 Comunicaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes podrán hacerse: (i) por escrito al último domicilio señalado por el Contratante para tal efecto; y/o (ii) por correo electrónico o mensaje de texto SMS (a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet) y/o (iii) vía telefónica al número telefónico fijo o móvil que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet. En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico, vía mensaje de texto SMS, o vía telefónica, dichas notificaciones se tendrán como válidas para todos los efectos legales a los que haya lugar en términos de lo establecido en el Capítulo I del Título Segundo del Código de Comercio. Las notificaciones al Contratante y/o Asegurado en términos de lo anterior se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio, correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la Compañía tenga conocimiento.

3.21 Grupo Asegurado con objeto de prestación laboral

Esta cláusula únicamente aplica en el supuesto de que el objeto de esta Póliza sea otorgar una prestación laboral a cargo del contratante. La indicación de que si es una prestación se consignará en la carátula de la Póliza y, en su caso, en los Certificados Individuales:

La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales a partir de su separación. La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La Prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión.

El solicitante deberá pagar a la Compañía la Prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

Cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán 30 (treinta) días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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

3.22 Altas al Grupo Asegurado

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado, o en su caso Subgrupo, con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su Consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo Asegurado.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Póliza con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su Consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, salvo pacto contrario en la carátula, la Compañía podrá pedir requisitos médicos u otros para asegurarlas ya que quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

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

3.23 Bajas del Grupo Asegurado

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Consentimiento/Certificado Individual expedido.

3.24 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro se efectuarán en pesos mexicanos, moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

3.25 Comisión o compensación directa

“Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 institución 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.”

3.26 Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la

obligación de pagar la indemnización dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar una indemnización por mora calculada de acuerdo con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 (treinta) días señalado en el Artículo 71 antes citado.

3.27 Prescripción

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

Es nulo el pacto que abrevie o extienda los plazos de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

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.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación ante nuestra Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones.

3.28 Nulidad

El Contrato de Seguro será nulo si en el momento de la celebración el riesgo hubiere desaparecido o el Siniestro ya se hubiere realizado; sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes, el cual se hará constar mediante la emisión del Endoso respectivo.

En caso de retroactividad, si la Compañía conocía la inexistencia del riesgo, no se tendrá derecho a las Primas ni al reembolso de gastos, en tanto que si es el Contratante quien conocía esa circunstancia perderá el derecho a la restitución de las Primas y estará obligado al pago de los gastos.

3.29 Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía entregará por escrito al Contratante o al Asegurado la documentación contractual de la Póliza, dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del seguro en el caso del Contratante o de la incorporación al Grupo Asegurado en el caso del Asegurado, para tal efecto se remitirá la documentación contractual al domicilio del Contratante o Asegurado, o por medio de correo electrónico que hayan brindado o lleguen a brindar. La entrega por correo electrónico se hará en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante o Asegurado.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba la documentación contractual de este seguro, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página en internet: <https://www.prudentialseguros.com.mx>, o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

3.30 Terminación Anticipada del Contrato de Seguro

Si el Contratante de la póliza desea cancelar la misma de manera anticipada, se deberá sujetar a lo siguiente:

i) Si el seguro se contrató presencialmente, el Contratante deberá solicitarlo mediante escrito entregado en el domicilio de la Compañía o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta Póliza no será renovada o de que la misma será cancelada a partir del momento en que se emita dicho acuse.

ii) Si la Póliza se contrató por medios diferentes a presencial, el Contratante deberá solicitarlo conforme se establece en el inciso anterior, o por el mismo medio por el que contrató, o llamando al centro de atención telefónica de la Compañía; al realizar el trámite se le asignará un folio de atención que será el comprobante de que esta Póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

En caso de que se solicite la cancelación anticipada de la Póliza, la Compañía devolverá la Prima Neta pagada no devengada que corresponda (es decir la Prima sin impuestos, derechos, recargos y/o gastos de adquisición). La Compañía realizará dicha devolución al pagador de la Prima dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, a través del mismo método de pago, en caso de haber sido pagada la prima con tarjeta de crédito o débito, mediante transferencia electrónica de dinero, para lo cual deberá proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y brindar un comprobante de que la cuenta esté a su nombre.

3.31 Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía. La utilización de los medios electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones de su uso. Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet la Compañía: www.prudentialseguros.com.mx

3.32 Competencia

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

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

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (UNE)

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

Teléfono: 55 1103 7000

Correo: consultasyquejas@prudential.com

Horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF):

Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.
Dirección de internet: www.condusef.gob.mx
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
Teléfonos: en la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el territorio nacional: 800 999 8080

3.33 Invitación para Consultar al RECAS

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

3.34 Aviso de privacidad corto

Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestros Avisos de Privacidad integrales visite <https://www.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>

Liga a Cita de Preceptos Legales.

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

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

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

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

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

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

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

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio.

En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

**CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL VÍA
CORREO ELECTRÓNICO**

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este contrato de Seguro, en formato PDF (portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico: _____.

SÍ ACEPTO: _____ NO ACEPTO: _____

Nombre y Firma del Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

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

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

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del Contrato de Seguro.
4. A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

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

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la Suma Asegurada, aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el Periodo de Gracia para el pago de esta.
2. A una asesoría integral sobre su siniestro por parte del representante de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al Siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las Sumas Aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.
7. Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si es Beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones en el correo electrónico consultasyquejas@prudential.com.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

SEGURO DE VIDA TEMPORAL CORTO PLAZO P2
Formato de Designación, Sustitución y/o Revocación de Beneficiarios

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

Nombre del Asegurado:
Número de Póliza: Número de Certificado:
Vigencia del Certificado:

Beneficiario(s) a quedar sobre la Póliza:

Nombre completo del Beneficiario	Relación	Porcentaje	¿Es irrevocable? Sí o No
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			

Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) Beneficiario(s).

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

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

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

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

<hr/> Nombre y firma del Asegurado	Firma(s) de los beneficiarios irrevocables:
---------------------------------------	---

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

**ENDOSO MODIFICATORIO DE CONDICIONES PARTICULARES
A LA PÓLIZA DE VIDA TEMPORAL CORTO PLAZO P2**

El Contratante _____ junto con Prudential Seguros México, S.A. de C.V., acuerdan modificar de la Póliza número: _____, con certificado número: _____, con vigencia del: _____, lo siguiente:

Salvo lo estipulado en este endoso los demás términos y condiciones de la Póliza permanecen sin cambio alguno.

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

El presente endoso se firma en la Ciudad de México el _____ de _____ de _____.

Funcionario autorizado
Prudential Seguros México, S.A. de C.V:

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

**CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL VÍA
CORREO ELECTRÓNICO**

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., pueda hacerme entrega de la documentación contractual correspondiente a este contrato de Seguro, en formato PDF (portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico: _____.

SÍ ACEPTO: _____ NO ACEPTO: _____

Nombre y Firma del Solicitante

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.

SEGURO DE VIDA TEMPORAL CORTO PLAZO P2
Formato de Designación, Sustitución y/o Revocación de Beneficiarios

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

Nombre del Asegurado:	
Número de Póliza:	Número de Certificado:
Vigencia del Certificado:	

Beneficiario(s) a quedar sobre la Póliza:

Nombre completo del Beneficiario	Relación	Porcentaje	¿Es irrevocable? Sí o No
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			

Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) Beneficiario(s).

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

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

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

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

Nombre y firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de noviembre de 2023, con el número CNSF-S0106-0099-2023/CONDUSEF-005711-04.