



No.

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

■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)

Género

Fecha de Nacimiento

F M

DDMM/AAAA

País de Nacimiento

Entidad Federativa de Nacimiento

Nacionalidad

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

RFC (con Homoclave)

CURP (Mexicanos)

¿Cuenta con FIEL? Sí No

FIEL (Certificado Digital)

Tipo de Identificación

Número de Identificación

Vigencia

Domicilio (Calle y Número)

Colonia

Alcaldía / Municipio

Estado

Código Postal

Teléfono Casa

Teléfono Trabajo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)

Nombre y giro de la empresa donde labora

Ingreso anual por ocupación
\$

Ingresos anuales adicionales (especificar el origen)

\$

¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí No

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

¿Actúa por cuenta propia? Sí No

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

■ **DATOS DEL CONTRATANTE**

Llenar sólo si el Contratante y Solicitante son distintas personas.

Tipo de persona: Física Moral Relación con el solicitante (especifique) _____

Apellido Paterno, Materno y Nombre o Razón Social

Nacionalidad		RFC (con Homoclave)	
¿Cuenta con FIEL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FIEL (Certificado Digital)	
Domicilio (Calle y Número)		Colonia	
Alcaldía / Municipio		Estado	Código Postal
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular / Celular del Representante Legal	
Correo Electrónico / Correo Electrónico del Representante Legal			

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Física

Fecha de Nacimiento	Género	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento	CURP
DDMM/AAAA	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Vigencia
				DDMM/AAAA
Nombre y giro de la empresa donde labora		Ocupación (describa a detalle sus labores actuales)		
Ingreso anual	Ingresos adicionales (especificar origen)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
\$ Pesos	Anualmente ascienden a \$			

¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí No

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Moral

Folio Mercantil	Fecha de Constitución	Actividad o Giro	
	DDMM/AAAA		
Ingreso anual	Ingresos adicionales (especificar origen)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
\$ Pesos	Anualmente ascienden a \$		
Nombre del Representante Legal			

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuge(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí No

■ DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

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

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

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

Los porcentajes de participación de los Beneficiarios deben sumar 100%.

■ HISTORIAL DE SEGUROS

¿Tiene Seguros de Vida Individual en vigor con otra Aseguradora? Sí No

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

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

¿Está solicitando actualmente un Seguro de Vida en otra Compañía? Sí No

En caso afirmativo, indique lo siguiente

Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda

■ CUESTIONARIO MÉDICO Y DE ACTIVIDADES

1. Peso y Estatura	_____ kilogramos _____ metros
2. ¿Ha fumado durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clase (pipa, puro y/o cigarrillo) _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (día, semana, mes o año)
3. ¿Consumes bebidas que contienen alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (día, semana, mes o año)
4. Indique si se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de cardiopatía isquémica, cirugía valvular, cuestionario de soplo cardiaco, diabetes mellitus y/o enfermedades tiroideas.
a. Problemas cardiacos (presión alta, ataque cardiaco o infarto, angina de pecho, soplos o enfermedades de las válvulas cardiacas), diabetes mellitus, prediabetes, azúcar alta y/o enfermedades tiroideas (hipo o hipertiroidismo, etc.)	
b. Tumores benignos o malignos (cáncer), melanoma, leucemia y/o linfoma.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de tumores malignos, benignos, linfoma de hodgkin/linfoma no hodgkin y/o leucemia.
c. Enfermedades respiratorias (como asma, tuberculosis, bronquitis crónica, enfisema, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de enfermedades pulmonares.
d. SIDA, resultados positivos en la prueba de HIV y/o enfermedades de transmisión sexual (como gonorrea, sífilis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
5. Indique si en los últimos 10 años se le ha diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico, cuestionario de epilepsia y/o de salud mental.
a. Enfermedades del sistema nervioso (derrame, embolia o infarto cerebral, epilepsia, desmayos frecuentes, Alzheimer) y/o enfermedades mentales (como depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.)	
b. Enfermedades de columna (como hernias de disco, desviaciones, etc.) problemas en las articulaciones (como artritis, etc.) y/o enfermedades reumáticas (como lupus, artritis reumatoide, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el Cuestionario de Padecimientos de Columna y/o informe médico.
c. Enfermedades digestivas (como úlceras, sangrado en el estómago, etc.) y/o enfermedades del hígado (como hepatitis B, hepatitis C, cirrosis, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
6. Indique si en los últimos 5 años se le han diagnosticado o ha sido tratado por:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
a. Enfermedades de los riñones o en las vía urinarias (como cálculos, insuficiencia renal, sangre o proteína en la orina, etc.)	
b. ¿Colesterol y/o triglicéridos elevados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, autorizar se le practiquen exámenes médicos.
7. ¿Tiene algún defecto auditivo o de la vista? (No considerar miopía, astigmatismo o hipermetropía)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el formato de informe médico
8. ¿Padece alguna otra enfermedad que no haya declarado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

Número Pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de Diagnóstico
Duración de la Enfermedad	Secuelas	Estado de Salud Actual	

Número Pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de Diagnóstico
Duración de la Enfermedad	Secuelas	Estado de Salud Actual	

9. Si la Solicitante es mujer, ¿está embarazada? ¿Ha tenido complicaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Semana de gestación _____ Complicación _____
10. ¿Le falta alguna extremidad o parte de la misma (mano, brazo, pierna, pie, dedo pulgar, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidad _____ Fecha _____ Motivo de pérdida _____
11. ¿Autoriza se le practiquen exámenes médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿En los últimos 10 años le han practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ Cirugía _____ Fecha _____ Estado de salud actual _____
13. ¿En los últimos 5 años ha hecho uso de alguna droga o estimulante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de uso de drogas psicoactivas.
14. ¿Está expuesto a armas de fuego, explosivos, herramientas punzocortantes, maquinaria pesada, trabajo en alturas, manejo de alta tensión, sustancias químicas o peligrosas y/o radiaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Expuesto a: _____ En caso afirmativo, llenar cuestionario de ocupación.
15. ¿Actualmente practica algún deporte como artes marciales, boxeo, lucha, carreras de autos, motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo ala delta, esquí agua o nieve, tauromaquia, charrería, rafting o cualquier otro similar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario correspondiente.
16. ¿Actualmente utiliza motocicleta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ Frecuencia _____ (día, semana o mes)
17. ¿Pilotea o desempeña actividades aéreas como miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave? Por ejemplo: avión, planeador o cualquier otro similar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación.
18. ¿Viaja a bordo de cualquier aeronave privada? Se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia _____ Tipo de aeronave _____ Horas anuales _____ Tipo de Viaje _____ Destino(s) principal(es) _____

■ **AVISO DE PRIVACIDAD**

Los Datos Personales que nos proporcione, incluyendo los patrimoniales, financieros, sensibles, biométricos y/o de geolocalización, así como, los considerados necesarios para la identificación y contacto de asegurados y/o beneficiarios, serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V. (la “Sociedad”), con domicilio en Av. Santa Fe N° 428, piso 7, Downtown Torre II, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, México, con la finalidad primaria y necesaria de la operación de nuestros productos y/o servicios, evaluar sus necesidades de protección, emisión de contratos de seguro, realizar investigaciones relacionadas con la oferta, contratación y administración de nuestros productos y/o servicios, analizar internamente y/o por conducto de terceros evaluaciones de riesgo inherente, procesamiento de solicitudes, su administración, emisión, envío y activación de pólizas, realizar gestiones y trámites relacionados con sus solicitudes de servicio, aclaraciones, reclamaciones o quejas, generación de perfiles de acceso a los sistemas electrónicos para brindarle atención y acreditar su identidad, elaborar informes estadísticos y financieros, implementación de procesos de seguridad y resguardo, así como, la realización de cualquier actividad complementaria, auxiliar y necesaria para la debida prestación de nuestros servicios y/o productos.

Asimismo, le informamos que con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica con Usted, así como aquellas finalidades previstas en este Aviso de Privacidad y su versión integral, la Sociedad transferirá sus Datos Personales a aquellos terceros o proveedores necesarios para que la Sociedad pueda prestar los servicios financieros y/o seguros propios de su objeto, gestionar la inscripción y prestación de los servicios operados por éstos, y que, en su caso, se ofrezcan como parte de los beneficios de la póliza/producto contratado, incluyendo la elaboración de informes analíticos y/o estadísticos relacionados con los mismos, asimismo, a autoridades competentes, organismos gubernamentales en materia de salud, al Instituto Nacional Electoral (INE), el Registro Federal de Electores y/o el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO), única y exclusivamente para fines de validación y verificación de éstos, a través de las bases de datos oficiales y sistemas de verificación empleados por dichos organismos, en relación con los productos y/o servicios contratados con la Sociedad, entre otras, así como para cualquier otra finalidad prevista en la legislación vigente y aplicable.

Usted puede limitar el uso o divulgación de sus datos, así como, ejercer sus Derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición el tratamiento de sus Datos Personales ante nuestro Departamento de Datos Personales. Para conocer el proceso, así como, nuestro aviso de Privacidad integral visite: www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad en la sección Aviso de Privacidad.

El Titular declara, que ha leído y entendido el Aviso de Privacidad de la Compañía y que, a través de la presente solicitud, otorga su consentimiento expreso, facultando a la Sociedad a tratar sus Datos Personales, incluyendo los sensibles conforme al Aviso de Privacidad antes citado.

Las Condiciones Generales de la póliza que incluyen la descripción y las exclusiones de las coberturas, las puede consultar en cualquier momento en nuestra página www.prudentialseguros.com.mx

Para cualquier consulta, queja o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en nuestra Unidad Especializada en Atención a Consultas y Reclamaciones ubicada en Av. Santa Fe N° 428, piso 7, Downtown Torre II, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos,C.P. 05348, Ciudad de México.

Teléfono 55 11 03 70 00

Por correo electrónico (consulta, queja o siniestro): atencionclientes.mex@prudential.com

■ **PARA SER LLENADO POR EL SOLICITANTE/CONTRATANTE**

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

■ **PARA SER LLENADO POR EL AGENTE DE SEGUROS (1)**

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

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

Describe el contratiempo _____

¿Desea manifestar algún hecho respecto al Contratante y/o Solicitante?

	Nombre	Clave	%
Agente de Seguros 1			
Agente de Seguros 2			

Tipo de Comisión Nivelada Decreciente

MONEDA PESOS DÓLARES UDI
 FRECUENCIA ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

Cobertura Básica			Coberturas Adicionales	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada
			<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas			
			<input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente			
			<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves Plus			
<input type="checkbox"/> Garantía Prudential	<input type="checkbox"/> Respaldo Prudential	<input type="checkbox"/> Retiro Prudential	<input type="checkbox"/> Hospitalización			
<input type="checkbox"/> Bienestar Prudential	<input type="checkbox"/> Respaldo Prudential Premium	<input type="checkbox"/> Retiro Prudential con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Fracc V	<input type="checkbox"/> Cirugías <input type="checkbox"/> Oro <input checked="" type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce			
<input type="checkbox"/> Bienestar Prudential Premium	<input type="checkbox"/> Vida		<input type="checkbox"/> Retiro Plus			
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus			
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			
Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Retiro Plus			
			<input type="checkbox"/> Retiro Plus con Beneficios Fiscales <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 151 Frac V			

Planes Complementarios	Plazo de Cobertura	Plazo Pago de Primas	Suma Asegurada	Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
1				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
2				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
3				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
4				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	
5				<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Invalidez Total y Permanente	

Planes Complementarios	Suma Asegurada	Prima
<input type="checkbox"/> Reserva Prudential		

LAS SIGUIENTES SÓLO DEBERÁN SER LLENADAS POR EL CONTRATANTE PERSONA FÍSICA. EN CASO DE TRATARSE DE PERSONA MORAL SE DEBERÁ LLENAR UN FORMATO ADICIONAL

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

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

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

Sí No

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

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

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

País / países donde tiene responsabilidad fiscal	Número de Identificación fiscal (TIN)	Si el TIN no está disponible, seleccione la opción A, B o C	
		Razón:	A
			B
			C
		Razón:	A
			B
			C
		Razón:	A
			B
			C

■ **INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR**

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

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

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

SOLICITANTE

Sí No Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:

Correo SMS Teléfono Todas las anteriores

CONTRATANTE

Sí No Autorizo el uso de datos para Mercadotecnia y Publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios:

Correo SMS Teléfono Todas las anteriores

CONSENTIMIENTO PARA ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En caso de que desee recibir la documentación de su seguro por medios electrónicos y de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula "Entrega electrónica de Documentación Contractual" de las Condiciones Generales que amparan el producto contratado, manifieste por favor lo siguiente

Autorizo el envío de la documentación contractual a la cuenta de correo electrónico que se menciona en la sección de datos del contratante Sí No

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y firma del Solicitante

Nombre y firma del Contratante

Lugar: _____

Lugar: _____

Fecha | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

No entregue pago de primas en efectivo, por su seguridad y la de su Agente, Prudential Seguros México no recibe este tipo de pagos y su Agente no puede recibirle efectivo ni depósitos a sus cuentas personales.

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

■ AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO

No. _____

Nombre del Cuentahabiente y/o Razón Social

■ DEFINICIÓN DE DÍA DE CARGO

El primer cobro se realizará el día hábil siguiente de la emisión y los subsecuentes quedarán programados a la fecha de vencimiento del recibo de acuerdo a la frecuencia de cobro seleccionado.

Indique más de un medio de cobro, mencionando cuál de estos debe ser utilizado en primero, segundo o tercer lugar, mediante los recuadros de prioridad. Anote los 16 dígitos de su tarjeta de crédito y/o débito y/o los 18 dígitos de la cuenta CLABE y/o 15 dígitos de American Express.

T. Crédito T. Débito Cuenta CLABE

Banco emisor: _____

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Promoción: _____

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Miembro desde Válida hasta

Visa Master Card American Express

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1: 1 2 3 S/P

Solicitud 2: 1 2 3 S/P

Solicitud 3: 1 2 3 S/P

Solicitud 4: 1 2 3 S/P

T. Crédito T. Débito Cuenta CLABE

Banco emisor: _____

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Promoción: _____

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Miembro desde Válida hasta

Visa Master Card American Express

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1: 1 2 3 S/P

Solicitud 2: 1 2 3 S/P

Solicitud 3: 1 2 3 S/P

Solicitud 4: 1 2 3 S/P

T. Crédito T. Débito Cuenta CLABE

Banco emisor: _____

Número de tarjeta (crédito o débito), cuenta CLABE o American Express

Promoción: _____

(Sólo en caso de aplicar meses sin intereses)

Miembro desde Válida hasta

Visa Master Card American Express

Prioridad de las tarjetas:

Solicitud 1: 1 2 3 S/P

Solicitud 2: 1 2 3 S/P

Solicitud 3: 1 2 3 S/P

Solicitud 4: 1 2 3 S/P

Solicito y autorizo al (los) Banco(s) emisor(es) de la(s) tarjeta(s) o cuenta(s) antes mencionada(s), o aquella institución afiliada a VISA o Master Card, o a American Express, para que, con base en el contrato de crédito en cuenta corriente o el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la tarjeta o cuenta arriba citada o, en su caso, el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma, me haya asignado la Institución, se sirvan pagar por mi cuenta a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. las primas de seguro de vida que se deriven de la solicitud que he firmado con esta aseguradora, quedando claramente especificado que el monto puede variar en cada periodo.

De la misma forma, me comprometo a notificar oportunamente y por escrito a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. cualquier modificación referente al número de cuenta que estoy proporcionando. De igual manera, estoy enterado que, en caso de existir un rechazo del cargo por parte del banco emisor, es mi obligación hacer por otro medio el pago de las primas correspondientes. El Cuentahabiente podrá revocar esta autorización mediante comunicado escrito con diez días naturales de anticipación al vencimiento del pago de prima que recibirá Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en el cual anotará la fecha de recepción con la firma y nombre de quien recibe. En este caso, Prudential Seguros México, S.A. de C.V. deberá informar al Cuentahabiente la

fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta y autorización.

Lugar _____

Fecha | D | D | M | M | A | A | A | A |

Firma del Cuentahabiente y/o Representante Legal _____

■ PARA SER LLENADO POR EL AGENTE DE SEGUROS (2)

Número del agente de la sección 1	Tipo de Autorización	Número de Cédula o de autorización	Vigencia de Cédula	Domicilio donde se realizan las actividades (calle, número, colonia, código postal, alcaldía/municipio y estado)
1				
2				

En caso de apoderados de seguros, señalar la denominación social de la persona moral que representen: _____.

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____ Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico de la diabetes _____ Fecha que inició el tratamiento _____
 Fecha de última consulta _____

2. Tipo de Diabetes: _____

3. Resultados de los últimos análisis de laboratorio.

En ayunas

Nivel de glucosa _____ mg/% _____ mg/% _____ mg/%

Presión Arterial _____
 Max. _____ Min. _____ Max. _____ Min. _____ Max. _____ Min. _____

4. Hemoglobina glucosilada _____ Resultado: _____

Otros estudios: _____

5. Tratamiento establecido:

Tratamiento	Dosis diaria o tipo de dieta	Desde que fecha
<input type="checkbox"/> Insulina		
<input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes orales		

6. ¿El paciente sigue el tratamiento al pie de la letra?

No Sí Comentarios: _____

7. ¿Se ha visto modificado el peso del paciente en el último año?

No Sí Aumento Disminución No. de kilos _____

Causa: _____



8. Enfermedades relacionadas o complicaciones con la diabetes.

	No	Sí	Comentarios
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nefritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insuficiencia arteria/venosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

9. ¿Existe cualquier otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar la cifras:

<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> IMC		
<input type="checkbox"/> Sedentarismo			
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Cifra de TA /
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol:	Triglicéridos:	Colesterol HDL:
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad:	Frecuencia:	Clase o tipo:
<input type="checkbox"/> Ingesta de alcohol	Cantidad:	Frecuencia:	
<input type="checkbox"/> Antecedentes Heredo familiares de Diabetes Mellitus	Parentesco:	Padecimientos:	

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha | | | | | | | | | |

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 12 de octubre de 2023, con el número G-GEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico _____ Diagnóstico _____

Niveles afectados _____

2. Especifique la(s) causa(s) que ocasionó el padecimiento:

 Congénitas _____

 Adquirida (especifique) _____

3. ¿Cuáles fueron los síntomas que presentó el paciente por primera vez?

4. Controles de gabinete: Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo

	Resultados	Fecha
Exámenes radiológicos		
Tomografía Axial computarizada		
Resonancia magnética		
Electromiografía		

5. Tratamiento establecido al momento del diagnóstico:

Medicamento	Dosis	Duración	Resultado	Evolución
Rehabilitación Física	No. sesiones	Duración	Resultado	Evolución
Quirúrgico	No. del procedimiento		Resultado	Evolución

Otro (mencione de manera detallada el tratamiento) _____

 6. ¿Ha estado hospitalizado a consecuencia de este padecimiento? No Sí Número de días _____

7. ¿Ha tenido alguna complicación o secuela a causa de este padecimiento? No Sí

En caso afirmativo, favor de explicar detalladamente en las siguientes líneas:

8. Tratamiento actual:

Medicamento	Dosis	Duración	Resultado	Evolución
Rehabilitación Física	No. sesiones	Duración		Evolución
Quirúrgico	No. del procedimiento		Resultado	Evolución

Otro (mencione de manera detallada el tratamiento) _____

9. Mencione fecha y resultado de los últimos exámenes médicos que se le han realizado

	Resultados	Fecha
Exámenes radiológicos		
Tomografía Axial computarizada		
Resonancia magnética		
Electromiografía		

■ **DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ **INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR**

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha | | | | | | | | | |

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico _____

2. Pruebas o exámenes que sirvieron de base para establecer el diagnóstico:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo | <input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo |
| <input type="checkbox"/> Perfusión Miocárdica | <input type="checkbox"/> Cateterismo |
| <input type="checkbox"/> Otro | ¿Cuál? _____ |

3. Diagnóstico

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Angina de Pecho estable | Ubicación _____ |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho inestable | Ubicación _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto al miocardio múltiple | Vaso afectado _____ |
| <input type="checkbox"/> Infarto al miocardio único | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ | _____ |

Número de vasos afectados (descripción anatómica): _____

4. Fecha que usted inició el tratamiento _____

5. ¿Cuál ha sido el procedimiento terapéutico?

- | | Resultado |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Marcapaso (temporal o permanente) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Angioplastia coronaria | _____ |
| <input type="checkbox"/> Puentes aorta-coronarios (bypass) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Número de Stent | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trombolisis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aneurisectomía | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ | _____ |

6. Grado de lesión del tejido cardiaco _____

7. Tratamiento médico al cual está o ha estado sujeto el paciente

	Nombre del medicamento	Dosis	Fecha		Reacción al medicamento
			De	A	
<input type="checkbox"/> Vasodilatadores coronarios					
<input type="checkbox"/> Betabloqueadores					
<input type="checkbox"/> Antagonistas del calcio					
<input type="checkbox"/> Inhibidores de la Enzima de Conversión de Angiotensina (IECA)					
<input type="checkbox"/> Antagonistas del calcio					
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes					
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)					

8. Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado al paciente, posteriores a su tratamiento médico y/o tratamiento terapéutico:

	Fecha	Resultado		Observaciones
		Normal	Anormal	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cateterismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Perfusión Miocárdica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Serie cardiaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rx de Tórax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. ¿Existe algún otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar las cifras.

<input type="checkbox"/> Obesidad	Grado: _____	Peso: _____	Estatura: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	Tipo: _____	Últimas Cifras de Tensión Arterial	
		Sistólica: _____	Diastólica: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	Tipo: _____	Últimas Cifras de Glucemia: _____	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol: _____	Triglicéridos: _____	
	Colesterol HDL: _____	Colesterol LDL: _____	
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad: _____	Frecuencia: _____	Clase o tipo: _____
<input type="checkbox"/> Ingesta de alcohol	Cantidad: _____	Frecuencia: _____	
<input type="checkbox"/> Antecedentes heredofamiliares de cardiopatías	Parentesco: _____	Padecimiento: _____	
	_____	_____	
	_____	_____	

10. Complicaciones

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia valvular | <input type="checkbox"/> Angina post infarto |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo de rama | <input type="checkbox"/> Ruptura de pared |
| <input type="checkbox"/> Hipertrofia cardiaca | |

11. Fecha de última consulta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico: _____

Lugar: _____

Fecha: _____

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico del trastorno _____

2. Fecha en que inició tratamiento con usted _____

3. Mencione valvulopatía indicando la naturaleza, ubicación y fecha del diagnóstico:

Nombre del padecimiento	Ubicación	Fecha del diagnóstico

4. Mencione el tipo de valvulopatía indicando la fecha y el resultado:

	Fecha de cirugía	Resultado	
		Satisfactorio	No satisfactorio
<input type="checkbox"/> Prótesis mecánica ¿Cuál?			
<input type="checkbox"/> Bioprótesis			
<input type="checkbox"/> Válvula de cerdo			
<input type="checkbox"/> Pericardio de ternera			
<input type="checkbox"/> Autólogo			
<input type="checkbox"/> Comisurotomía			
<input type="checkbox"/> Cerrada			
<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?			
<input type="checkbox"/> Con balón			

5. En caso de que el resultado no haya sido satisfactorio, indique la razón:

6. ¿Tiene alguna intervención programada?

 No Sí

Fecha _____



7. ¿Cuál es el tratamiento médico actual?

Anticoagulante Desde _____ otros ¿Cuáles? _____

8. ¿Complicaciones?

	No	Sí	Detalles
<input type="checkbox"/> Calcificación valvular extensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Accidente hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alteraciones del ritmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Presencia de:

	Sí	No	Detalles
<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Hipertrofia o dilatación cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligera <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> marcada <input type="checkbox"/> severa Fecha de diagnóstico

10. Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado en los 5 últimos años:

Nombre del estudio	Fecha	Resultado		Observaciones
		Normal	Anormal	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rx de tórax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Serie cardiaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cateterismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. ¿Existe algún otro factor de riesgo? En caso afirmativo, indicar las cifras.

<input type="checkbox"/> Obesidad	Grado: _____	Peso: _____	Estatura: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	Tipo: _____	Últimas Cifras de Tensión Arterial Sistólica: _____ Diastólica: _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	Tipo: _____	Últimas Cifras de Glucemia: _____	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol: _____	Triglicéridos: _____	Colesterol HDL: _____
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad: _____	Frecuencia: _____	Clase o tipo: _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 142 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 2 a 10 años y multa de 500 a 1,500 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha. Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico del trastorno _____

2. Indicar diagnóstico:

Asma

Edad de Inicio: _____ Tipo: _____ Número de ataques al año: _____ Fecha del último: _____

Enfisema pulmonar

Bronquiectasia

Bronquitis obstructiva crónica

Tuberculosis pulmonar

Neumonía

Neumotórax

Otro (especificar) _____

3. Presencia de

Disnea

Tos

Expectorcación

Hemoptisis

Hipoxia

Cianosis

Silbilancias

Pérdida de Peso

Infecciones purulentas frecuentes

En reposo

Duración: _____

Duración: _____

Duración: _____

Moderada

Localización _____

Marcadas

Kgs. perdidos

Fechas: _____

En esfuerzo

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Severa

Difusas

Ligera

Fecha _____

Abundante: No Sí

Abundante: No Sí

Fecha _____

4. Fecha de inicio del tratamiento con usted. _____

5. ¿Cuál ha sido el tratamiento recibido?

Tratamiento	Dosis	Duración	Ha sido interrumpido		Desde que fecha	Nombre del medicamento
			No	Sí		
<input type="checkbox"/> Broncodilatadores						
<input type="checkbox"/> Aerosoles inhalados						
<input type="checkbox"/> Terapia esteroidea						
<input type="checkbox"/> Respiración asistida						
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)						

6. ¿En qué categoría se encuentra el tratamiento recibido?
- Solamente tratamiento ocasional durante los episodios Tratamiento por períodos mensuales
- Tratamiento continuo Hospitalización
- Períodos cortos de esteroides
7. ¿Ha experimentado cualquier limitación en su capacidad para trabajar o ha tenido que ausentarse del trabajo como resultado de un episodio?
- No Sí En caso afirmativo, indique número de días: _____
8. ¿Se le han practicado Rx de Tórax o pruebas de función pulmonar? No Sí
- En caso afirmativo, indique fecha y resultado:
 Fecha: _____ Resultado: _____
9. ¿El paciente fuma? No Sí
- En caso afirmativo, indique número de cigarrillos por día: _____
10. En caso de que el paciente no fume actualmente, ¿fumaba? No Sí
- En caso afirmativo, indique número de cigarrillos por día: _____
- Durante cuanto tiempo: _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 142 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 2 a 10 años y multa de 500 a 1,500 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta

fecha. Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico de trastorno _____ Fecha de última consulta _____

2. Indicar diagnóstico:

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Eutiroidismo
- Nódulo solitario
- Tiroiditis
- Enfermedad de Graves-
Basedow

- Bocio
- Tamaño estable
- Tóxico
- No Tóxico
- De tipo inespecífico
- Consistencia nodular
- Compresión traqueal

Nódulo solitario

Cáncer ¿Cuál? _____

3. ¿El paciente presenta uno o más de los siguientes signos a causa de la afección tiroidea?

- Temblor
- Exoftalmos
- Alteración de la frecuencia cardíaca
- Signos de insuficiencia cardíaca
- Disminución psicomotora persistente
- Mizedema persistente
- Retraso mental **marcado** **severo**
- Signos físicos persistentes de cretinismo
- Hipertensión
- Otro (especificar)

Comentarios

4. ¿Cuál es el tratamiento médico o quirúrgico?

Tratamiento	Fecha	Ha sido interrumpido el tratamiento		Razón	Complicaciones o efectos secundarios
		No	Sí		

5. Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado al paciente en los últimos 6 meses:

Nombre del estudio practicado	Fecha	Resultados		Comentarios
		Normal	Anormal	

6. ¿Ha presentado alguna secuela por el padecimiento de tiroides? Detallar complicaciones y tratamiento médico requerido para dicha complicación.

7. Anexar copia del último estudio de perfil tiroideo y química sanguínea practicado.

■ **DATOS DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)			Especialidad	
Domicilio: Calle y Número			Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población		Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional		

■ **INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR**

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha | | | | | | | | | |

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento	
_	_

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de primer ataque epiléptico o alteración del estado de conciencia

_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Fecha de último ataque epiléptico o alteración del estado de conciencia

_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Fecha de inicio de tratamiento con usted

_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Fecha de última consulta

_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. Tipo de epilepsia que se le diagnosticó al paciente:

- Gran mal Pequeño mal
 Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Cuántos ataques presenta al año? _____

4. ¿Cuándo presenta estos ataques?

- Durante el día Dormido
 Después de una gran excitación Otros factores ¿Cuáles? _____

5. ¿Cuánto duran los ataques? _____

6. Manifestación de los ataques:

- Pierde estado de conciencia Aura Relajación de esfínteres Contracción tónica-clónica

7. Si pierde el estado de conciencia, ¿cuánto dura? _____

 8. ¿Ha tenido status epiléptico? No Sí Fecha _____

9. Fecha de última crisis: _____

10. ¿Qué medicamento ha recibido el paciente en los últimos dos años y cuál es el medicamento que recibe actualmente?

	Nombre del medicamento	Dosis
Últimos 2 años		
Actualmente		

11. ¿Cuál ha sido la respuesta del paciente al tratamiento? _____

12. ¿Se le han practicado algunos estudios?

No Sí

¿Cuáles? _____ Fecha _____

Resultado: _____

13. ¿Influye esta condición en algún aspecto en la ocupación del paciente?

No Sí

Proporcione detalles: _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico _____

Fecha que inició el tratamiento _____

Fecha de última consulta _____

2. Tipo de Hipertensión Arterial

Esencial

Hipertensión Maligna

Secundaria a otra forma de enfermedad

En caso de tratarse de hipertensión secundaria

Causa: _____

3. ¿Causa aún presente?

No

Sí

4. Anotar las cifras de presión arterial encontradas al momento del diagnóstico

TA ₁	TA ₂	TA ₃

5. Detalle de los fármacos utilizados:

Nombre	Dosis	Fecha o periodo en que se ha utilizado

6. ¿Cuál ha sido el efecto del tratamiento?

7. Anotar las últimas 3 cifras de presión arterial encontradas:

TA	Fecha	TA	Fecha	TA	Fecha

8. Pruebas o exámenes realizados

Nombre del estudio	Fecha	Resultado
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en reposo		
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma en esfuerzo		
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma		
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)		



9. ¿Existe cualquier otro factor de riesgo?

<input type="checkbox"/> Obesidad	Grado:	Peso:	Estatura:
<input type="checkbox"/> Sedentarismo			
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	Tipo:	Últimas Cifras de Glucemia:	
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	Colesterol:	Triglicéridos:	Colesterol HDL:
<input type="checkbox"/> Fumador actual	Cantidad:	Frecuencia:	Clase o tipo:
<input type="checkbox"/> Ingesta de alcohol	Cantidad:	Frecuencia:	
<input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria, cerebrovascular o periférica antes de los 60 años	Parentesco:	Padecimiento	
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	

■ COMPLICACIONES

	No	Sí	Comentarios
Retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Padecimientos vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha sido hospitalizado para tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Observaciones _____			

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	____ ____ ____ ____
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	
____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha ____|____|____|____|____|

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico _____

Fecha de última consulta _____

2. Tipo de Leucemia

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leucemia aguda mieloblástica | <input type="checkbox"/> Leucemia aguda linfoblástica | <input type="checkbox"/> Leucemia linfático aguda |
| <input type="checkbox"/> Leucemia mieloide crónica | <input type="checkbox"/> Leucemia linfoide crónica | <input type="checkbox"/> Leucemia mielógena aguda |
| <input type="checkbox"/> Leucemia mieloide subaguda | <input type="checkbox"/> Leucemia de células pilosas | |

3. Especificar la información solicitada de cada uno de los tratamientos que le ha aplicado, incluyendo quimioterapia y/o radioterapia.

Tipo de Tratamiento	Dosis	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Respuesta al tratamiento

4. Sólo en caso de Leucemia linfoide crónica, proporcionar el estadio:

- Etapa
 Etapa I
 Etapa II
 Etapa III
 Etapa IV

5. Indicar los resultados de hemogramas realizados y fecha:

Resultado	Fecha

6. ¿Requirió el paciente trasplante de Médula Ósea?

- No
 Sí
 Fecha _____
 Resultado: _____

7. ¿Considera usted el padecimiento en completa remisión?

- No
 Sí
 Fecha _____
 Razón: _____



8. Complicaciones:

 No SíFecha

¿Cuáles? _____

■ TRATAMIENTO ACTUAL

Tratamiento	Dosis	Respuesta al tratamiento

9. Fecha de próxima consulta

10. Estudios a realizar:

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal <input type="text"/>
Teléfono consultorio <input type="text"/>	Teléfono celular <input type="text"/>	Cédula Profesional <input type="text"/>	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta

fecha. Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico _____

Fecha de ultima consulta _____

■ LINFOMA DE HODGKIN

2. ¿Clasificación conocida? No Sí

¿Cuál? _____

3. ¿Confirmado por scanner? No Sí Fecha _____

4. ¿En qué etapa se encuentra?

I
Tipo

II

III

IV

A Asintomático

B Síntomas como fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos

5. ¿Tuvo linfoma de Burkitt? No Sí ¿Tamaño? _____

■ LINFOMA DE NO HODGKIN

Favor de especificar:

Grado	Etapa	Remisión	Recidivas
<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Desde que fecha _____	Número: _____
<input type="checkbox"/> Alto			Fecha: _____

■ TRATAMIENTO

Cirugía ¿Cuál? _____ Fecha _____

Resultado _____

Radioterapia Localización _____ Número de radiaciones _____

Fecha de inicio y término _____ Interrumpida

Quimioterapia Medicamento _____ Número de ciclos _____

Fecha de inicio y término _____

Trasplante de médula

Heterólogo Fecha _____ Autólogo Fecha _____

Resultado _____

■ CONTROLES MÉDICOS

Últimos exámenes médico realizados. Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo al tipo de exámenes médicos.

- | | | | |
|---|---|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Scanner | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiografía de tórax | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Recuento de linfocitos | | Número _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Recuento de plaquetas | | Número _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Esplenectomía | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Complicaciones | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | Resultados _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | Resultados _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | Resultados _____ | Fecha _____ |

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)			Especialidad	
Domicilio: Calle y Número			Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional		
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha de diagnóstico _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha que inició el tratamiento con usted _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Los trastornos han sido:

Episodio único

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Episodios múltiples (2 últimas fechas)

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Trastorno permanente

Fecha de inicio

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Factor desencadenante

Fecha de inicio

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Otro

Fecha de inicio

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Diagnóstico médico

4. ¿Causa del trastorno conocida?

¿Cuál?

--

5. Clasificación del padecimiento:

Trastorno depresivo menor

Leve

Moderado

Severo

6. En caso afirmativo mencionar:

Fecha de aparición	Tratamiento	Evolución	Tiempo de medicación y/o tratamiento

7. Estudios realizado para el diagnóstico:

8. ¿El paciente tiene retraso mental? No Sí

Patología asociada	Diagnóstico	Clasificación de grado	Tratamiento	Evolución

9. El paciente presenta o ha presentado

- Intento de suicidio
 Abuso de alcohol
 Consumo de drogas
 Comportamiento violento
 Comportamiento peligroso

Fecha

10. ¿El paciente ha sido hospitalizado por esta condición? No Sí

Fecha

Nombre del hospital: _____ Tiempo de hospitalización: _____

11. ¿La condición del paciente interfiere de alguna forma con su habilidad para desempeñar su ocupación?

- No Sí
 Indique la razón: _____

12. ¿El paciente tiene antecedentes familiares de trastornos mentales o suicidio?

- No Sí

Parentesco: _____ Indique el padecimiento: _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■ INFORMACIÓN MÉDICA

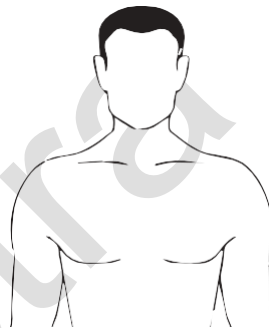
1. Fecha de diagnóstico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Los trastornos han sido:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Insuficiencia valvular |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Endocarditis |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Cirugías |

3. Características del soplo, indicar con una **X** la máxima intensidad y con una **→** la irradiación



	Intensidad		Calidad	Tiempo
Sistólica	1/6	4/6	Agudo	Sistólico medio
	2/6	5/6	Grave	Sistólico final
	3/6	6/6		Pansistólico
Diastólica	1/4	3/4	Soplante	Precoz (decreciendo)
	2/4	4/4	Grave	Medio
				Presistólico

4. ¿Presenta crecimiento del corazón? No Sí

5. Tensión arterial presentada en los últimos tres meses

6. ¿Complicaciones y/o secuelas?

	No	Sí	Detalles
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Edema de tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Crecimiento hepático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. ¿Ha recibido algún tratamiento para el soplo cardiaco? No Sí

¿Cuál? _____

8. Tratamiento médico actual

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)		Especialidad	
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación / Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 506, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 1 a 12 años y multa de 500 a 5,000 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que su paciente ha presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL PACIENTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico _____ Fecha de última consulta _____

2. ¿Cuáles fueron las pruebas utilizadas para el diagnóstico del tumor? _____

3. ¿Análisis con marcadores tumorales?

 No Sí

¿Cuál? _____

Fecha _____

4. Indique si invadió un órgano (invasión local) o más de un órgano (metástasis)

Invasión local No Sí**Metástasis** No SíGanglionares regionales Ganglionares distantes Órganos distantes

5. ¿Qué órgano o sistema de órganos estaban afectados por el tumor? _____

6. Tipo de tumor (nombre de tumor) _____

7. Clasificación del tumor (T, N, M, TX, TO, Tis, TQ, T2, T3, T4, NX, NO, N1, N2, N3, MX, M0, M1) _____

Otras clasificaciones (Ann-Arbor, Duke, FIGO, pT, Profundidad de Breslow, Flocks/VACURG, RAI, Surie/Salmon, NCI, Marshall) _____

8. Clasificación del tumor por etapa:

 Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV

9. Grado histológico del tumor:

 Grado 1 (G1) Grado 2 (G2) Grado 3 (G3) Grado 4 (G4)

■ TRATAMIENTO

Cirugía

Finalidad de la cirugía Diagnóstica Curativa Paliativa
 Fecha _____ Resultado _____

Radioterapia

Preoperatoria Fecha _____ Curativa Fecha _____
 Paliativa Fecha _____ Interrumpida Fecha _____
 Completada Fecha _____

Quimioterapia

Protocolo _____ Número de ciclos _____
 Interrumpida Fecha _____ Completada Fecha _____

Terapia hormonal

Protocolo _____
 Curativa Fecha _____ Preventiva Fecha _____
 Paliativa Fecha _____ Completada Fecha _____

Transplante de médula

Alógeno Fecha _____ Autólogo Fecha _____
 Resultado _____

Otro ¿Cuál? _____ Fecha _____

■ EVOLUCIÓN

Remisión completa No Sí Resultado _____

Radioterapia No Sí Número _____ Fecha última _____

Complicaciones No Sí Fecha _____ ¿Cuáles? _____

■ CONTROLES MÉDICOS

Últimos exámenes médico realizados. Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo al tipo de exámenes médicos.

Examen radiológico Órgano _____ Resultados _____ Fecha _____

Tomografía Axial Computarizada (TAC) Órgano _____ Resultados _____ Fecha _____

Resonancia Magnética Nuclear (RMN) Órgano _____ Resultados _____ Fecha _____

Endoscopia Tipo _____ Resultados _____ Fecha _____

Marcadores Tumorales ¿Cuál? _____ Resultados _____ Fecha _____

Otro ¿Cuál? _____ Resultados _____ Fecha _____

■ DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)			Especialidad
Domicilio: Calle y Número		Colonia	
Delegación/ Municipio	Ciudad / Población	Estado	Código Postal
Teléfono consultorio	Teléfono celular	Cédula Profesional	

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

Antes de firmar se recuerda que conforme a lo establecido en el Art. 142 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se impondrá pena de prisión de 2 a 10 años y multa de 500 a 1,500 días de salario al agente o al médico que dolosamente o con ánimo de lucrar, oculte a la empresa aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración del contrato de seguro.

Declaro que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera a esta fecha.

Firma del Médico _____

Lugar _____

Fecha _____

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL SOLICITANTE

Este cuestionario debe contener información real y actualizada a la fecha en que sea contestado. Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la Solicitud del Seguro de Vida que he presentado a esta Aseguradora.

■ DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento

■ INFORMACIÓN MÉDICA

1. Fecha del diagnóstico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. ¿Cuáles fueron los síntomas que presentó con respecto al tumor o quiste?

3. ¿Cuáles fueron las pruebas utilizadas para efectuar el diagnóstico?

4. ¿En qué órgano se localizó el tumor?

5. ¿Se le practicó alguna intervención quirúrgica a causa del tumor? No Sí

En caso negativo, indique la razón _____

En caso positivo, indique la fecha de cirugía

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. ¿Qué diagnóstico le dio su médico después de la cirugía?

7. ¿Cuál fue el resultado del estudio histopatológico?

Si han transcurrido menos de 3 años desde la cirugía, anexar copia.

8. ¿Se le diagnosticó cáncer o alguna forma de tumor maligno? No Sí

¿Cuál? _____

9. Tiempo de recuperación

10. ¿Requirió algún tipo de tratamiento después de la intervención quirúrgica?

 No Sí

¿Cuál? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

11. ¿Recibió quimioterapia o radioterapia? No Sí

12. ¿Ha tenido alguna complicación o secuela a causa de este padecimiento? No Sí

En caso afirmativo, favor de explicar detalladamente:

13. Tratamiento actual:

Nombre	Dosis	Resultado		Evolución
		Normal	Anormal	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Mencione fecha y resultados de los últimos exámenes médicos realizados:

Nombre del estudio practicado	Fecha	Resultado		Comentarios
		Normal	Anormal	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. ¿Cuál es su estado de salud actual? _____

a. INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato. Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a la Compañía toda la información que se requiera, tales como resultados de estudio de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a la Compañía, la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original.

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

Firma del Solicitante: _____

Lugar: _____ Fecha: | | | | | | | | | |

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 12 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-088-2023/CONDUSEF-G-00231-011.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP		
	Edad	Sexo	Fumador	Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda	Fecha de inicio de vigencia	

Coberturas	Suma Asegurada	Fin de Vigencia	Edad máxima de aceptación	PLAZO DE		Prima Anual
				La cobertura (años)	Pago de prima (años)	
Total						

Nombre completo del BENEFICIARIO	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de participación

Los siguientes endosos forman parte integrante de esta póliza

Prudential Seguros México, S.A. pagará los beneficios en cada una de las coberturas contratadas, de acuerdo con lo estipulado en la póliza.

Lugar y Fecha de Expedición: Ciudad de México, a ____ de ____ de ____

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

Nombre y domicilio del CONTRATANTE				PÓLIZA NO.	
				RFC	
				CURP	
Nombre y domicilio del ASEGURADO		RFC	CURP		
	Edad	Sexo	Fumador	Fecha de nacimiento	
	Forma de pago		Moneda	Fecha de inicio de vigencia	

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 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 primer pago de prima incluirá el derecho de póliza equivalente a _____. La prima _____ incluirá un recargo por pago fraccionado del _____. Este porcentaje podrá variar de acuerdo con las políticas establecidas por Prudential Seguros México, S.A. de C.V.

Lo invitamos a consultar las Condiciones Generales de la Póliza, en las mismas podrá conocer las coberturas, exclusiones y restricciones de este seguro. Las Condiciones Generales las podrá consultar en nuestra página web: www.prudentialseguros.com.mx

Nota importante: Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro y/o en el desafortunado caso de un siniestro, estamos a sus órdenes en el correo electrónico: atencionclientes.mex@prudential.com y/o teléfono de atención (55) 11 03-70 00. En caso de inconformidad, contacte a nuestra **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)** al teléfono (55) 1103-7000, por correo electrónico: consultasyquejas@prudential.com o puede acudir a nuestra oficina ubicada en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 0534.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): ubicada en Av. Insurgentes Sur No.762 Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfono (55) 5340-09-99 y del interior de la República 800 999 8080, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de agosto de 2023, con el número CGEN-S0106-0063-2023/CONDUSEF-G00250-003".

Condiciones Generales para Seguro de Vida Individual

“VIDA”

Muestra sin valor

INDICE

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

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

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

1 DEFINICIONES

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

1.1 ASEGURADO

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

1.2 CONTRATANTE

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

1.3 PÓLIZA

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

1.4 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

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

1.5 VIGENCIA

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

1.6 COBERTURA

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

1.7 COBERTURA BÁSICA

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

1.8 ACCIDENTE

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

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

1.9 MUERTE ACCIDENTAL

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

1.10 PÉRDIDAS ORGÁNICAS

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

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

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

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

1.11 INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE

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

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

1.12 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

1.13 SINIESTRO

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

1.14 SUMA ASEGURADA

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

1.15 PRIMA

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

1.16 PERÍODO DE GRACIA

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

1.17 BENEFICIARIO

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

1.18 ENDOSO

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

1.19 VALOR GARANTIZADO

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

1.20 VALOR DE RESCATE

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

1.21 SEGURO SALDADO

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

1.22 ENFERMEDAD TERMINAL

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

1.23 EXCLUSIONES

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

1.24 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

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

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

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

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

1.25 CULPA GRAVE

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

1.26 LEY

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2 CLÁUSULAS GENERALES

2.1 NOTIFICACIONES

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

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

2.2 MODIFICACIONES

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

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

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

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

2.3 DUPLICADO DE PÓLIZA

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

2.4 PRIMAS

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

Pago

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

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

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

Periodicidad

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

Lugar de Pago

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

2.5 VALORES GARANTIZADOS

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

PRÉSTAMOS

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

a) PRÉSTAMOS A PETICIÓN

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

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

b) PRÉSTAMOS AUTOMÁTICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

CONVERSIÓN A SEGURO SALDADO

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

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

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

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

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

CANCELACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

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

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

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

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

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

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

2.6 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

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

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

2.7 REHABILITACIÓN

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

Adicionalmente, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

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

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

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

2.8 DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA

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

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

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

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

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

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

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

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

2.9 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

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

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

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

2.10 INDISPUTABILIDAD

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

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

2.11 EDAD DE ACEPTACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.12 AVISO DEL SINIESTRO

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

2.13 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

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

Información necesaria en caso de Fallecimiento:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.14 PAGO DEL SINIESTRO

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

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

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

2.15 INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.16 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

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

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

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

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

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

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

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

2.17 PRESCRIPCIÓN

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

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

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

II. En dos años, en los demás casos.

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

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

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

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

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

2.18 COMPETENCIA

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

2.19 DIVIDENDOS

Este Contrato de Seguro no otorga dividendos.

2.20 MONEDA

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

2.21 CARENCIA DE RESTRICCIONES

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

2.22 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.23 IMPUESTO

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

2.24 INTERMEDIACIÓN

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

2.25 ENTREGA DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

2.26 OPERACIONES Y SERVICIOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá realizar operaciones y servicios relacionados con el presente contrato, incluyendo pero no limitados a: la solicitud del seguro, cuestionarios, la contratación misma del seguro, pago de primas, notificaciones, aviso de siniestro, entre otros, haciendo uso de los medios electrónicos que la COMPAÑÍA pone a su disposición, los cuales se encuentran regidos por los "Términos y Condiciones de Uso

de Medios Electrónicos aplicables a Contratos de Seguros”, mismos que podrá consultar en la página de Internet <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/terminos-condiciones-servicios-digitales>; lo anterior con fundamento en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

2.27 ARBITRAJE

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

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

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

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

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

3 COBERTURAS

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

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

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

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

Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente

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

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

3.3 ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS

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

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

3.4 ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Renovación Automática

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

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

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

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

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

4 EXCLUSIONES

4.1 FALLECIMIENTO

SUICIDIO

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

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

4.2 COBERTURAS CON MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS

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

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

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

4.3 **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE**

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

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

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran

este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 5 de abril de 2021, con el número de registro CNSF-S0106-0148-2021 y a partir del 25 de septiembre de 2023, con el número MODI-S0106-0025-2023 / CONDUSEF-004564-05”.

*“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios** a los teléfonos 551 103-7000 y en el interior de la república al 800-00-54-33, y/o al correo electrónico consultasyquejas@prudential.com, o bien puede acudir a nuestra oficina ubicada en: Avenida Santa Fe 428, Piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348; o visite www.prudentialseguros.com.mx; también puede comunicarse a CONDUSEF al teléfono 55534009999 en la Ciudad de México y del interior de la república al 800 999 8080, y/o al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.”*

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

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

Nombre y domicilio del CONTRATANTE		PÓLIZA NO.	Número Póliza
Nombre Contratante		RFC	
Dirección		RFC Contratante	
Colonia, Municipio		CURP	
Ciudad, Estado		CURP Contratante	
Código Postal, País			

Nombre y domicilio del ASEGURADO		RFC	CURP
		RFC Asegurado	CURP Asegurado
Nombre asegurado		Edad	Sexo
Dirección		Edad asegurado	Sexo Asegurado
Colonia, Municipio		Forma de pago	Moneda
Ciudad, Estado		Forma de pago	Moneda
Código Postal, País			

Año de vigencia	Pagado Hasta	Valor de Rescate	Seguro Saldado	
			Suma asegurada	Cubierto Hasta
Vigencia 1	Fecha 1	Monto 1	Monto 1	Fecha 1
Vigencia 2	Fecha 2	Monto 2	Monto 2	Fecha 2
...
Vigencia n	Fecha n	Monto n	Monto N	Fecha n

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 20 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 26 de febrero del 2018, con el número de registro CGEN-S0106-0008-2018."

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, con número G-00995-001 de fecha 13 de abril de 2018.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

En caso de que alguna de estas cláusulas se opongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

Se hace constar que a partir de DD/MM/AAAA se modifica la siguiente información XXXXXXXXXXXX a quedar como sigue:

XXXXXXXXXXXX

Si como resultado de la modificación en la información, la prima, la suma asegurada, los valores de rescate y/o la suma asegurada del seguro saldado cambian, entonces se deberán considerar los siguientes:

XXXXXXXXXXXX

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP	
	Edad	Sexo	Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda	Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

Se adiciona el beneficio XXXXX con una suma asegurada de \$X,XXX a partir de DD/MM/AAAA

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.	
	RFC	
	CURP	

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

Se elimina el beneficio XXXXXX a partir de DD/MM/AAAA

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prelación a las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	RFC
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

Se rehabilita la póliza a partir de DD/MM/AAAA

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se extiende el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.
	CURP

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

El asegurado arriba señalado haciendo uno de los valores garantizados a los que tiene derecho, ha realizado la conversión de su póliza a Seguro Saldado quedando protegido sin más pago de prima por el periodo, coberturas y sumas aseguradas que se señala en la tabla de valores garantizados a los cuales tiene derecho el asegurado.

En caso de que alguna de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adiciona, prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se otorga el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

Nombre y domicilio del CONTRATANTE	PÓLIZA NO.	
	RFC	
	CURP	

Nombre y domicilio del ASEGURADO	RFC	CURP
	Edad	Sexo
		Fecha de nacimiento
	Forma de pago	Moneda
		Fecha de inicio de vigencia

Este endoso se adhiere y forma parte integrante de las Condiciones Generales del Seguro de Vida, así como la carátula y demás documentos anexos. **ENDOSO No.**

Se hace constar que:

El asegurado arriba señalado habiendo presentado pruebas fehacientes de su estado de Invalidez Parcial y Permanente queda eximido del pago de primas a partir del DD/MM/AAA, quedando amparadas las coberturas que aparecen en la carátula de la póliza, así como sus respectivas primas aseguradas. Los demás términos y condiciones continúan sin modificación. El periodo que ampara el presente endoso será del DD/MM/AAAA al DD/MM/AAAA

En caso de que alguno de estas cláusulas se contrapongan a alguna de las Condiciones Generales del Seguro al cual se adicionan prevalecerán las aquí establecidas.

Los demás términos y condiciones de la póliza, permanecen sin cambio.

Se otorga el presente Endoso en	Lugar	Fecha

FIRMA

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 18 de mayo de 2012 y 13 de marzo de 2015, con los números de registros CGEN-S0106-0026-2012 y RESP-S0106-0025-2015 respectivamente.
 Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número _____ con fecha del _____.

DERECHOS BÁSICOS DE ASEGURADOS, CONTRATANTES Y BENEFICIARIOS

CONOCE TUS DERECHOS ANTES Y DURANTE LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO CON PRUDENTIAL



1 Como Contratante, Asegurado o Beneficiario tienes derecho a solicitar a tu Agente de Seguros, la identificación que los acredite como tal.



3 Como Contratante o Asegurado tienes derecho a conocer la información referente a la descripción de las coberturas y exclusiones de la póliza que estás contratando, las cuales puedes consultar en cualquier momento en la página www.prudentialseguros.com.mx o dentro de la carpeta que te hemos entregado.



2 Como Contratante o Asegurado tienes derecho a solicitar por escrito a **Prudential Seguros México, S.A.** que te informe el importe de la Comisión o Compensación directa que le corresponda al Agente de Seguros por su intervención en la celebración del contrato.



4 Como Contratante, Asegurado o Beneficiario tienes derecho a contactar a nuestra Unidad Especializada de Atención a Consultas y Reclamaciones si requieres información u orientación sobre tu póliza.

Distrito Federal: 11 03 70 87
Interior de la República: 01800 360 444
consultasyquejas@prudential.com

DERECHOS CUANDO OCURRA EL SINIESTRO



1 Como Asegurado o Beneficiario tendrás derecho 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 período de gracia para el pago de la prima de seguro.



Como Asegurado o Beneficiario tendrás derecho a cobrar una indemnización por mora a **Prudential Seguros México S.A.** en caso de falta de pago oportuno de la Suma Asegurada en los términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.



3 Como Asegurado o Beneficiario tendrás derecho a solicitar a la CONDUSEF (Av. Insurgentes Sur #762, col. del Valle, México, D.F., C.P 03100, Tel. (55)530-0999 y (01 800) 999 80 80), la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.



4 Además, tienes derecho a conocer a través de la CONDUSEF, si eres beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del SIAB-Vida.

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 14 de diciembre de 2016, con el número RESP-S0106-0276-2016.

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número ____ con fecha del _____.

DEFINICIONES

- **ASEGURADO:** Es aquella persona física que se encuentra amparada por las coberturas contratadas.
- **BENEFICIARIO:** Es aquella persona que por designación del asegurado tiene derecho a recibir el beneficio contratado o la proporción correspondiente de aquellas coberturas en que, con el carácter de Beneficiario, se le haya designado.
- **CONTRATANTE:** Es la persona física o moral que suscribe con **Prudential Seguros México, S.A.** la póliza y es responsable de pagar la prima correspondiente.
- **CONDUSEF:** Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Esta institución tiene como objetivo prioritario procurar la equidad en las relaciones entre los Usuarios y las Instituciones Financieras, otorgando a los usuarios, elementos para fortalecer la seguridad jurídica en las operaciones que realicen y en las relaciones que establezcan con las instituciones.
- **PERIODO DE GRACIA:** Es el periodo de treinta días naturales que tiene el Contratante para cubrir el pago de la prima, durante el cual, el asegurado se encuentra protegido.
- **PÓLIZA:** Es el documento que funge como Contrato de Seguro donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado, formado por las condiciones generales, la carátula de la póliza, la tabla de valores garantizados, los endosos, los recibos de pago y las cláusulas adicionales que se agreguen.
- **PRIMA:** Es la cantidad que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **SIAB-Vida:** Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de seguros de vida cuyo objetivo es contar con un sistema de intercambio de información entre el sector asegurador y CONDUSEF que permita satisfacer la demanda del servicio de localización de registros de posibles beneficiarios de un seguro de vida, mediante la validación y revisión de la CONDUSEF, misma que centralizará la recepción y envío de solicitudes al sistema.
- **SUMA ASEGURADA:** Es la cantidad establecida en la carátula de la póliza por cada cobertura, hasta por la que tendrá responsabilidad **Prudential Seguros México S.A.** en caso de proceder el siniestro.

DERECHOS BÁSICOS DE LOS ASEGURADOS, CONTRATANTES Y BENEFICIARIOS



Prudential

Prudential Seguros México S.A.
Ejército Nacional 843-B,
Torre A, Piso 1
Antara Polanco, Granada,
C.P. 11520, México D.F.

www.prudentialseguros.com.mx
11.03.70.00 - 01800.000.5433



Prudential, el logotipo de Prudential y el símbolo de la Roca son marcas registradas de Prudential Financial, Inc. y sus entidades relacionadas, registradas en muchas jurisdicciones en todo el mundo.

MKT-I-OP243-OCTUBRE 2016



Prudential

CUESTIONARIO A SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO

■ DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Fecha de Nacimiento
Ocupación Actual (describa a detalle sus labores actuales)	Peso	Estatura

El motivo por el que se canceló mi póliza es:

¿Actualmente practica deportes de alto riesgo? Se consideran deportes de alto riesgo: carreras de autos; motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo en ala delta, esquí en nieve o acuático, rafting o cualquier otro similar. En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario correspondiente a Deportes Peligrosos.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Viaja y/o tiene planeado viajar en los próximos 12 meses a bordo de cualquier aeronave privada (se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios fijos)? En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario de Aviación.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

¿Fuma? No Sí Frecuencia _____ (día, semana, mes y año) Cantidad _____
Clase (pipa, puro y/o cigarrillo, cigarrillo electrónico, vapeador) _____

¿Consume bebidas alcohólicas? No Sí Frecuencia _____ (día, semana, mes y año) Cantidad _____

Tipo (cerveza, vino, tequila, etc.) _____ ¿Usa o ha usado drogas? No Sí

En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario de drogas psicoactivas.

Indique si ha tenido tratamiento o consulta médica por:

1.	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.	Desórdenes nerviosos o mentales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	Desórdenes de cerebro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4.	Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5.	Enfermedades respiratorias o de pulmones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6.	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7.	Colesterol y/o triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí



8.	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
9.	Cáncer o tumor de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10.	Presión sanguínea alta o baja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12.	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13.	Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
14.	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o enfermedades asociadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
15.	Conteste sólo si la asegurada es mujer, ¿Está usted embarazada? Tiempo de gestación _____ Complicaciones _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
16.	¿Ha consultado a un especialista o ha sido examinado o tratado en hospitales o clínicas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
17.	¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica o alguna prueba especial en los últimos 5 años o tiene previsto hacerlo en los próximos 2 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas de la 1 a la 17, favor de proporcionar todos los detalles que se solicitan a continuación:

Número de pregunta	Enfermedad o causa	Fecha de diagnóstico	Tratamiento	Duración de enfermedad	Complicaciones y/o secuelas	Nombre y especialidad del médico tratante

■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido, podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a la Compañía toda la información que se requiera, tales como resultados de estudio de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a la Compañía, la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original.



Este documento sólo constituye una solicitud de rehabilitación y por lo tanto no garantiza su aceptación por parte de la Compañía de Seguros. Para que esta rehabilitación surta efecto, además de requerir la aprobación del área de Suscripción, se requiere el pago de todas las primas que se encuentren pendientes.

Las declaraciones de este formato tienen una validez de un mes a partir de la fecha de la firma del mismo.

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

Nombre y Firma del Asegurado _____

Lugar _____ Fecha

DD	MM	AAAA
----	----	------

“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 26 de octubre de 2023, con el número CGEN-S0106-0091-2023 / CONDUSEF-G-00240-002”

Muestra sin valor



Póliza _____

CUESTIONARIO PARA SER CONTESTADO POR EL ASEGURADO

■ DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____

D | D | M | M | A | A | A | A

El motivo por el que se canceló mi póliza es: _____

Ocupación Actual (describa a detalle sus labores actuales)	Peso	Estatura
--	------	----------

¿Actualmente practica deportes de alto riesgo? Se consideran deportes de alto riesgo: carreras de autos, motociclismo, motonáutica, alpinismo, buceo, espeleología, montañismo, paracaidismo, vuelo en ala delta, esquí en nieve o acuático, rafting o cualquier otro similar.

En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario correspondiente a Deportes Peligrosos. No Sí

¿Viaja y/o tiene planeado viajar en los próximos 12 meses a bordo de cualquier aeronave privada (se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida y/o que no cuente con recorridos y/o itinerarios fijos)?

En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario de Aviación. No Sí¿Consumes bebidas alcohólicas? No Sí Frecuencia _____ (día, semana, mes y año)

Cantidad _____ Tipo (cerveza, vino, tequila, etc.) _____

¿Usa o ha usado drogas? No Sí **En caso afirmativo, por favor llene el cuestionario de drogas psicoactivas.**

Indique si ha tenido tratamiento o consulta médica por:

1.	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.	Desórdenes nerviosos o mentales	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	Desórdenes del cerebro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4.	Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5.	Enfermedades respiratorias o de pulmones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6.	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7.	Colesterol y/o triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
8.	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
9.	Cáncer o tumor de cualquier tipo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
10.	Presión sanguínea alta o baja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
12.	Diabetes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
13.	Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
14.	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o enfermedades asociadas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
15.	¿Ha consultado a algún médico especialista o ha sido examinado o tratado en hospitales o clínicas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
16.	¿Ha sido sometido a una intervención quirúrgica o alguna prueba especial en los últimos 5 años o tiene previsto harcerlo en los próximos 2 años?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí



En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas de la 1 a la 16, por favor proporcionar todos los detalles que se solicitan a continuación:

Número de Pregunta	Enfermedad o Causa	Fecha de Diagnóstico	Tratamiento	Duración de Enfermedad	Complicaciones y/o Secuelas	Nombre y especialidad del médico tratante

¿Algún miembro de su familia (padre, madre, hermano, hijo o abuelo) padece, ha padecido o falleció de alguna de las siguientes enfermedades?:

Padecimiento	Sí	No	Parentesco	Enfermedad	Edad de Diagnóstico	Estado de Salud	Edad Actual o de Fallecimiento
Cáncer o tumor maligno (Linfoma, melanoma y/o cualquier otro).							
Enfermedad cardiovascular (Infarto al miocardio, arritmias cardíacas y/o cualquier otra).							
Enfermedad del aparato endócrino (Diabetes, glándula tiroides y/o cualquier otra).							
Enfermedad cerebrovascular (Derrame cerebral, aneurisma y/o cualquier otra).							
Enfermedad renal (Insuficiencia renal, nefritis crónica y/o cualquier otra).							
Enfermedad del sistema nervioso (Alzheimer, Parkinson, esclerosis y/o cualquier otro).							



■ INDISPENSABLE ANTES DE FIRMAR

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato del Seguro, he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación a las preguntas de esta solicitud como los conozco o debiera de conocer a la fecha de firmarla. Estoy informado que las falsas e inexactas declaraciones a las preguntas de su contenido, podrán dar lugar a la pérdida de los derechos del asegurado, de los beneficiarios designados u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión para que proporcionen a Prudential Seguros México S.A. toda la información que se requiera, tales como resultados de estudio de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi solicitud de seguro. En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a Prudential Seguros México S.A., la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Una copia de la presente solicitud es tan válida como el original.

Este documento sólo constituye una solicitud de rehabilitación y por lo tanto no garantiza su aceptación por parte de la Compañía de Seguros. Para que esta rehabilitación surta efecto, además de requerir la aprobación del área de Suscripción, se requiere el pago de todas las primas que se encuentren pendientes. Las declaraciones de este formato tienen una validez de un mes a partir de la fecha de de la firma del mismo.

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

Nombre del Asegurado _____ Firma _____

Lugar _____ Fecha

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

MKT-E-OP05&DICIEMBRE 2015

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 03 de marzo de 2016 con el número CGEN-S0106-0004-2016.

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, número ____ con fecha del _____.