

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA
PERSONALIZA PRU**

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la omisión, falsedad o inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado y/o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

“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.”

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

NO. DE SOLICITUD			
Número de Solicitud		Fecha de Solicitud	
1. Datos generales del Solicitante			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)			
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Fecha de nacimiento	
País de nacimiento		Estado de Nacimiento	
Nacionalidad		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	
RFC (con Homoclave)		CURP	
¿Cuenta con e.firma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		e.firma (Certificado Digital)	
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Vigencia	
Domicilio de residencia (Calle y Números Exterior e Interior)			
Colonia			
Alcaldía/Municipio	Estado	Código Postal	
Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio (describa a detalle sus labores actuales)			

Nombre de la empresa donde labora		Ingreso anual por ocupación \$
Giro de la empresa donde labora		
Domicilio de la empresa donde labora		
Declare el origen de los recursos con los que pagará la póliza		
¿Cuenta con Ingresos anuales adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Anualmente ascienden a \$ _____
Especifique el origen de los ingresos anuales adicionales		
¿Desempeña o han desempeñado (en los últimos 12 meses) usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre(s) y apellidos _____		
En caso de que por un error involuntario en el llenado de esta sección exista una discrepancia contra los documentos oficiales proporcionados, acepto que los datos se modifiquen a lo establecido en mis documentos oficiales para la emisión de mi póliza.		

¿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, de conformidad con la normatividad aplicable vigente.

2. Datos generales del Contratante

Llenar sólo si el Contratante y Solicitante son distintas personas.	
Tipo de persona <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Moral	
Relación con el solicitante (especifique)	
Apellido Paterno, Materno, Nombre o Razón Social	
Nacionalidad	RFC (con Homoclave)
¿Cuenta con e.firma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	e.firma (Certificado Digital)
Domicilio de residencia (Calle y Números Exterior e Interior)	Colonia

Alcaldía / Municipio	Estado	Código Postal
Teléfono casa	Teléfono trabajo	Teléfono celular / Celular del Representante Legal
Correo Electrónico / Correo Electrónico del Representante Legal		

¿Actúa por cuenta propia? Sí No

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Física

Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	País de Nacimiento
Estado de Nacimiento	CURP	
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Vigencia
Nombre y giro de la empresa donde labora		
Ocupación	Ingreso anual por ocupación \$ Pesos	
Domicilio de la empresa/lugar donde labora (calle, número, colonia, ciudad, estado y código postal)		
¿Cuenta con ingresos adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anualmente ascienden a \$ _____	
Especifique el origen de los ingresos adicionales		
Declare el origen de los recursos con los que pagará la póliza		
¿Desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre y Apellidos		
Llenar los siguientes datos en caso de ser extranjero, ser Ciudadano o Residente fiscal en el extranjero Domicilio (Calle, número exterior, número interior, ciudad, estado, país, código postal)		
_____ _____		

En caso de que por un error involuntario en el llenado de esta sección exista una discrepancia contra los documentos oficiales proporcionados, acepto que los datos se modifiquen a lo establecido en mis documentos oficiales para la emisión de mi póliza.

Favor de llenar únicamente en caso de Contratante Persona Moral

Folio Mercantil	Fecha de Constitución	Actividad o Giro
Ingreso anual \$		Pesos
¿Cuenta con ingresos adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Anualmente ascienden a \$ _____
Especifique el origen de los ingresos adicionales		
Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuges(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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre y Apellidos		

Datos del Representante Legal

Nombre Completo		
Tipo de identificación	Número de identificación	Vigencia de la identificación

¿La empresa contratante cotiza en la Bolsa Mexicana de Valores o en mercados de valores del exterior reconocidos o es subsidiaria con una participación mayor al 50% o es una entidad gubernamental? Sí No

En caso de responder "No", favor de indicar los datos de las personas físicas que ejercen el control (aquellos que posean, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% de la composición accionaria). En caso de que no exista persona con dichos porcentajes, indicar los datos del director general, presidente del Consejo de Administración o del administrador único.

Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Fecha de Nacimiento	% de participación accionaria o tipo de figura controladora (por ejemplo, director general)

3. Las siguientes sólo deberán ser llenadas por el Contratante Persona Física, en caso de tratarse de Persona Moral, se deberá llenar un formato adicional proporcionado por la Compañía

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 y 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

Favor de tomar en cuenta: 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, aun 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
		Razón	A
			B
			C

Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos plasmados en el presente documento son ciertos; así mismo, manifiesto que Prudential Seguros México, S.A. de C.V. hace de mi conocimiento que los datos contenidos en el presente formato tienen la intención de dar cumplimiento a las obligaciones a las que Prudential Seguros está sujeta, derivado de los acuerdos contraídos por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) con las autoridades extranjeras, así como los acuerdos internacionales de intercambio de información a que los Estados Unidos Mexicanos está sujeto.

4. Información del seguro a contratar

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. El producto que se puede contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus condiciones generales disponibles en cualquier momento en nuestra página: www.prudentialseguros.com.mx

MONEDA UDI

FRECUENCIA ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

*La frecuencia de cobro para el pago de la prima durante la vigencia de la póliza es independiente de cualquier esquema de pago o promoción bancaria disponible.

Término máximo para el pago de prima anual o de cada una de las fracciones correspondientes, en caso de pago fraccionado, será de 30 días naturales. **Si la prima o cualquiera de sus fracciones no se pagan dentro del plazo convenido, se procederá de acuerdo a lo indicado en la cláusula “2.29 Prima” de las Condiciones Generales.**

IMPORTANTE: La contratación de las coberturas adicionales es opcional, mediante el pago de la prima correspondiente.

Nombre de la Cobertura	Suma Asegurada	Plazo de Cobertura	Plazo de Pago de Primas

5. 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.

La representación legal de los menores corresponde:

a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y a falta de ellos, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de lo familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso.

b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad o incapacidad y discernimiento de esos cargos por el juez competente con las

formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

Beneficiarios				
Beneficiario Número	Nombre completo del Beneficiario	Fecha de Nacimiento del Beneficiario	Nacionalidad	Irrevocable
1				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficiario Número	Parentesco o relación con el solicitante	% ⁽¹⁾	¿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 type="checkbox"/> No	
4			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

1) Los porcentajes de participación de los Beneficiarios deben sumar 100%

6. Historial de Seguros			
¿Tiene Seguros de Vida Individual en vigor con Prudential Seguros México o con otras compañías de seguros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 adicional a esta solicitud con Prudential Seguros México o con otras compañías de Seguros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo indique lo siguiente:			
Compañía Aseguradora	Plan	Suma Asegurada	Moneda
7. 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, cigarrillo o similares) _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (diario, semana, mes o año)		
3. ¿Consumo bebidas que contienen alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ Cantidad _____ Frecuencia _____ (diario, 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, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a 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, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a 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, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a 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, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar 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, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a 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, el Asegurado a través del médico tratante será quien deba proporcionar la información relativa a 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, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico.
6. Indique si en los últimos 5 años se le han diagnosticado o ha sido tratado por: a. Enfermedades de los riñones o en las vías urinarias (como cálculos, insuficiencia renal, sangre o proteína en la orina, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico.
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, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico
8. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad o padecimiento congénito que no haya declarado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, el Asegurado deberá a través del médico tratante proporcionar informe médico

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

Número de pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de diagnóstico
Duración de la enfermedad	Secuelas	Estado de salud actual	

Número de pregunta	Padecimiento	Tratamiento	Fecha de diagnóstico
Duración de la enfermedad	Secuelas	Estado de salud actual	

--	--	--

<p>9. Si la Solicitante es mujer, ¿está embarazada? ¿Ha tenido complicaciones?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Semana de gestación _____ Complicación _____ _____</p>
<p>10. ¿Le falta alguna extremidad o parte de esta (mano, brazo, pierna, pie, dedo pulgar, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Extremidad _____ Fecha de pérdida de la extremidad _____ ¿Qué lado? (Derecho/izquierdo) _____ Motivo de pérdida _____ _____</p>
<p>11. En caso de ser requerido, ¿Autoriza se le practiquen exámenes médicos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>12. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____ _____ Cirugía _____ _____ Fecha _____ Estado de salud actual _____ _____</p>
<p>13. ¿Ha hecho uso de alguna droga o estimulante?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario de uso de drogas psicoactivas</p>
<p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Expuesto a: _____ _____ En caso afirmativo, llenar cuestionario de ocupación</p>
<p>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?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar el cuestionario correspondiente.</p>
<p>16. ¿Actualmente utiliza motocicleta?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo: _____ _____ Frecuencia: (día, semana, mes) _____</p>

<p>17. ¿Pilotea o desempeña actividades aéreas como miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave? Por ejemplo: avión, planeador o cualquier otro similar.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, llenar cuestionario de aviación</p>
<p>18. ¿Viaja a bordo de cualquier aeronave privada? Se entenderá por aeronave privada aquella que no pertenezca a una línea aérea establecida.</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia: _____ Tipo de aeronave: _____ _____ Horas anuales: _____ _____ Tipo de viaje: _____ _____ Destino(s) principal(es): _____ _____</p>

8. Para ser llenado por el Solicitante/Contratante

¿Canceló anticipadamente, rescató u obtuvo un préstamo de otra póliza de seguro para obtener los fondos con los que planea pagar la prima de la póliza que está solicitando contratar? Sí No

En caso afirmativo, favor de indicar si su agente de seguros le explicó las implicaciones asociadas: Sí No

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

9. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)

Para ser llenado por el Agente de Seguros

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 _____

Cotejo. Declaro que todas las copias simples de los documentos entregados fueron cotejadas con los documentos originales correspondientes que se tuvieron a la vista de manera presencial y son legibles.

¿Desea manifestar algún hecho respecto al Contratante/Solicitante?

	Nombre	Clave	%
Agente de seguros 1			
Agente de seguros 2			

11. Aviso de Privacidad

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes de Prudential Seguros México, S.A. DE C.V.

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

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

Usted puede conocer el Aviso de Privacidad Integral accediendo a la página https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/assets/files/avisos-privacidad/AV_Simplificado_para_Clientes_de_Prudential_Seguros_Mexico.pdf

Declaro que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo y entendiendo su contenido, a través de la presente solicitud de seguro, otorgo mi consentimiento expreso para que mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, sean tratados y en su caso transferidos conforme se establece en el Aviso de Privacidad anteriormente citado.

Así mismo, en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros Titulares, reconozco haber informado a dichos terceros sobre el uso de sus datos y haber obtenido de forma previa el consentimiento de estos últimos para que Prudential pueda tratarlos para las finalidades descritas en el Aviso de Privacidad y a hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

12. Declaraciones del Contratante y del Solicitante

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado y que llegue a proporcionar en relación con el seguro que se solicita mediante la presente, son y serán verídicos y auténticos, por lo que autorizo a que ellos sean corroborados.

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

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

Declaro que Prudential Seguros México, S.A. de C.V., ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo y entendiendo su contenido, a través de la presente solicitud de seguro, otorgo mi consentimiento expreso para que mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, sean tratados y en su caso transferidos conforme se establece en el Aviso de Privacidad anteriormente citado.

Así mismo, en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros Titulares, me obligo a hacer del conocimiento de esos Titulares que he proporcionado tales datos a Prudential Seguros México, S.A. de C.V. y a hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su

disposición.

En este acto autorizo a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., para que en caso de que así lo decida esa aseguradora, solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que haya(n) atendido o que atienda(n) en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre mi(la(s)) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que, en su caso, extenderá Prudential Seguros México, S.A. de C.V., y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Así mismo, confirmo que he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas en relación con 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 con 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. 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. Así mismo, manifiesto que mediante entrevista personal, me fueron recabados los datos y documentos de identificación que quedaron debidamente asentados en la presente solicitud.

13. Consentimiento para proporcionar información	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., a utilizar mi información con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Todas las anteriores <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Firma del Solicitante</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo a Prudential Seguros México, S.A. de C.V., a utilizar mi información con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad. En caso afirmativo, a través de los siguientes medios: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Todas las anteriores <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <p style="text-align: right;">Firma del Contratante</p>
14. Consentimiento para entrega electrónica de Documentación Contractual	

Para el caso de que la presente solicitud sea aceptada, deseo recibir la documentación contractual del seguro, los estados de cuenta, así como cualquier información correspondiente a mi contrato de seguro por escrito, a través de Medios Electrónicos, según elijo a continuación:

Vía correo electrónico del: Solicitante
 Contratante

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE SOLICITUD

Nombre y firma del Solicitante

Nombre y firma del Contratante
Lugar _____

Lugar _____

Fecha _____

Fecha _____

IMPORTANTE: No entregue pago de primas en efectivo, por su seguridad y la de su Agente, Prudential Seguros México, S.A. de C.V., no recibe este tipo de pagos y su Agente no tiene autorización ni facultades para recibir efectivo ni depósitos a sus cuentas personales.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 05 de marzo de 2025, con el número CNSF-S0106-0381-2024/CONDUSEF-006622-02.”