CONDICIONES PARTICULARES

Beneficio Adicional

“Protección Indemnizatoria de Accidentes y Enfermedades”

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

Índice

Índice **2**

1. DEFINICIONES **4**
1.1. Accidente 4
1.2. Accidente Cubierto 4
1.3. Asegurado 4
1.4. Beneficiario Contingente 4
1.5. Condiciones Particulares 5
1.6. Culpa Grave 5
1.7. Deporte de Alto Riesgo 5
1.8. Deporte Profesional 5
1.9. Día de Hospitalización 5
1.10. Diagnóstico 5
1.11. Endoso 5
1.12. Enfermedad 5
1.13. Enfermedad Cubierta 6
1.14. Enfermedades Preexistentes 6
1.15. Enfermero(a) 6
1.16. Evento Cubierto 7
1.17. Exclusiones 7
1.18. Fecha de Inicio de Vigencia 7
1.19. Hospital 7
1.20. Hospitalización 7
1.21. Médico 7
1.22. Médico Especialista 8
1.23. Luxación Completa 8
1.24. Luxación Parcial o Subluxación 8
1.25. Periodo de Carencia 8
1.26. Siniestro 8
1.27. Suma Asegurada 8
1.28. Tratamientos Ambulatorios 8
1.29. Unidad de Cuidados Intensivos 8
1.30. Vigencia 8

2. CONDICIONES PARTICULARES **9**
2.1. Cáncer **9**
2.2. Infarto Agudo al Miocardio **10**
2.3. Insuficiencia Renal Crónica **12**
2.4. Evento Cerebrovascular **13**
2.5. Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad **14**
2.6. Cirugías **16**
2.6.1. Listado de Cirugías Cubiertas **17**
2.7. Fractura de Huesos por Accidente **19**
2.7.1. Fracturas Cubiertas **19**
2.8. Indemnización por Dislocación o Luxación por Accidente **20**

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

3. EXCLUSIONES GENERALES 22
4. DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO 23
4.1. Documentación general requerida 23
4.2. Documentación específica por cobertura 24
5. TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO 26
6. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL 26
7. EDAD 27
8. ARBITRAJE MÉDICO 27
9. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO 28
10. INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS 28

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

Prudential Seguros México, S.A. de C.V., en lo sucesivo la “Compañía”, establece las presentes Condiciones Particulares del Beneficio Adicional denominado “Protección Indemnizatoria por Accidentes y Enfermedades”.

Las coberturas del presente Beneficio Adicional únicamente serán aplicables cuando se encuentren expresamente contratada(s) y señalada(s) como amparada(s) en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, formando parte integrante del Contrato de Seguro de Vida al que se adicione.

Este Beneficio Adicional tiene por objeto otorgar al Asegurado las indemnizaciones previstas en estas Condiciones Particulares cuando ocurra alguno de los Eventos Cubiertos expresamente amparados, derivado de una Enfermedad o Accidente Cubierto, conforme a los términos, condiciones, requisitos, límites y exclusiones establecidos en el presente documento.

La contratación, vigencia y permanencia de este Beneficio Adicional estarán sujetas a la existencia y vigencia de la cobertura básica del seguro de vida al que se encuentre adherido.

Los términos y condiciones aplicables serán los siguientes:

1. DEFINICIONES

Los términos definidos a continuación tendrán el significado que se les atribuye en estas Condiciones Particulares, independientemente de que se utilicen en singular o plural, femenino o masculino, o en cualquier conjugación gramatical aplicable.

1.1. Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria, que lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales. **No se considera Accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.**

Para efectos del presente Contrato de Seguro y conforme a sus estipulaciones, también se considerará Accidente:

1. La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
2. La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
3. Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o medicamentos.

1.2. Accidente Cubierto

Lesiones o daños corporales ocasionados por un Accidente, que se manifiesten de forma inmediata o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de dicho Accidente, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor en la fecha del Accidente y que se trate de un acontecimiento que no está expresamente excluido en estas Condiciones Particulares. Todas las lesiones sufridas como consecuencia de un mismo Accidente se considerarán como un solo Evento.

1.3. Asegurado

Persona física que se encuentra amparada conforme a la presente Cobertura Adicional contratada e indicada en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.

1.4. Beneficiario Contingente

Persona física designada expresamente por el Asegurado por escrito a través de los medios autorizados por la Compañía para actuar exclusivamente como gestor y representante administrativo

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

en el trámite de reclamaciones relacionadas con las coberturas previstas en estas Condiciones Particulares, cuando el Asegurado se encuentre material o médicamente imposibilitado para realizarlas por sí mismo.

La imposibilidad deberá acreditarse mediante documentación médica o legal suficiente, según corresponda.

La designación podrá ser modificada o revocada por el Asegurado en cualquier momento mientras éste conserve capacidad legal para hacerlo.

La designación del Beneficiario Contingente no le confiere derecho alguno sobre las indemnizaciones derivadas de este Beneficio Adicional ni facultad para recibir pagos en nombre del Asegurado, por lo que cualquier indemnización se realizará exclusivamente a cuentas bancarias a nombre del propio Asegurado o, en caso de fallecimiento, al(los) Beneficiario(s) que correspondan.

1.5. Condiciones Particulares

Documento que forma parte integrante del Contrato de Seguro y que establece las coberturas, requisitos de procedencia, limitaciones, exclusiones, sumas aseguradas, periodos de carencia y demás términos aplicables al presente Beneficio Adicional.

1.6. Culpa Grave

Grado más amplio de negligencia o falta de diligencia en el cumplimiento de obligaciones, que se configura cuando una persona omite las precauciones más elementales, dejando de prever lo que la generalidad de las personas habría previsto en circunstancias similares.

1.7. Deporte de Alto Riesgo

Actividad deportiva cuya práctica implica un nivel elevado de peligro para la integridad física de quien la realiza, debido a las condiciones en que se desarrolla o a los medios utilizados.

1.8. Deporte Profesional

Práctica habitual de una actividad deportiva realizada a cambio de una retribución económica, ya sea de manera independiente o en el marco de un club o entidad deportiva.

1.9. Día de Hospitalización

Periodo continuo e ininterrumpido de 24 (veinticuatro) horas durante el cual el Asegurado permanece internado en un Hospital, conforme a lo establecido en el presente Beneficio Adicional.

1.10. Diagnóstico

Determinación de una Enfermedad o condición de salud realizada por un Médico o Médico Especialista, sustentada en la evaluación clínica directa del paciente (Asegurado), así como en estudios clínicos, pruebas radiológicas, histológicas, de laboratorio, antecedentes y demás elementos que resulten necesarios desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

1.11. Endoso

Documento emitido por la Compañía, previamente registrado ante la CNSF, mediante el cual se modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto, total o parcialmente, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Carátula de Póliza o Endosos previamente emitidos.

1.12. Enfermedad

Alteración en la salud que resulte de la acción de agentes internos o externos que afecten el estado fisiológico del organismo, y que requieran tratamiento médico o quirúrgico, sustentado mediante un Diagnóstico debidamente emitido por un Médico o Médico Especialista, según corresponda, así

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

como en estudios que lo corroboren.

Se considerarán como parte de una misma Enfermedad las alteraciones que deriven directa o indirectamente de esta, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas.

1.13. Enfermedad Cubierta

Enfermedad expresamente amparada por este Beneficio Adicional, diagnosticada durante la vigencia de la cobertura correspondiente por un Médico o Médico Especialista, según corresponda, y que no se encuentre sujeta a exclusión o dentro del Periodo de Carencia aplicable.

1.14. Enfermedades Preexistentes

Enfermedades que, con anterioridad al inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, hayan sido diagnosticadas o respecto de las cuales existan estudios, tratamientos o gastos comprobables.

Se consideran Enfermedades Preexistentes aquellas:

1. Que previamente a la celebración del Consentimiento/Certificado Individual, se haya declarado la existencia de dicha Enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente o documento médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico o Médico Especialista, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado ha recibido atención médica privada o del Sistema de Salud Mexicano para recibir un diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
2. Que previamente a la celebración del Consentimiento/Certificado Individual, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por Enfermedad Preexistente cuando cuente con cualquiera de las pruebas que se señalan en los puntos anteriores.

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

En caso de que exista alguna controversia que se suscite por alguna Enfermedad Preexistente, se aplicará lo dispuesto en la cláusula 3.6. “Arbitraje Médico”.

Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a esta definición en cuanto a las Enfermedades relativas al tipo de examen que se le haya aplicado, y que no hubiesen sido diagnosticadas en el citado examen.

1.15. Enfermero(a)

Persona legalmente autorizada para ejercer la enfermería, que cuenta con título y cédula profesional expedidos por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Para efectos del presente Contrato de Seguro, no podrá ser Enfermero del Asegurado cualquier familiar consanguíneo o por afinidad del Asegurado, así como cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

Muestra sin valor

Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la enfermería.

1.16. Evento Cubierto

Realización del riesgo amparado en el Contrato de Seguro, que afecta al Asegurado de manera fortuita, súbita e imprevista, y que da lugar a la posible actualización de un Siniestro conforme a las coberturas contratadas.

1.17. Exclusiones

Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por la Compañía, conforme a lo establecido expresamente en esta Cobertura Adicional.

1.18. Fecha de Inicio de Vigencia

Fecha a partir de la cual da inicio el período de protección de cada una de las coberturas contratadas y estipuladas en la Carátula de Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

1.19. Hospital

Institución pública o privada legalmente constituida y autorizada por las autoridades sanitarias competentes, destinada al diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de personas lesionadas o enfermas, que cuenta con infraestructura adecuada, salas de intervención quirúrgica y personal médico y de enfermería debidamente calificado.

El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable.

No se considerará como Hospital a las instituciones de reposo o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.

1.20. Hospitalización

Estadía del Asegurado como paciente interno en un Hospital, derivada de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, ya sea para recibir tratamiento médico, quirúrgico o vigilancia médica necesaria para salvaguardar su integridad.

1.21. Médico

Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina, que cuenta con título y cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Para efectos del presente Contrato de Seguro, no podrá ser Médico del Asegurado un familiar consanguíneo o por afinidad del Asegurado, así como cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias

Muestra sin valor

para ejercer la medicina.

1.22. Médico Especialista

Médico que cuenta con estudios y entrenamiento adicional en una especialidad determinada, así como con cédula profesional de especialidad emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

1.23. Luxación Completa

Pérdida total y permanente de contacto entre las superficies articulares de una articulación, confirmada mediante estudios clínicos o de imagen.

1.24. Luxación Parcial o Subluxación

Desplazamiento parcial de las superficies articulares que mantiene contacto residual entre ellas y que sea confirmada mediante estudios clínicos o de imagen.

1.25. Periodo de Carencia

Es el periodo que debe transcurrir a partir de la fecha de Inicio de Vigencia que aparece en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, durante el cual, el Asegurado no estará amparado por aquellas coberturas que tengan esta estipulación, transcurrido dicho tiempo se encontrará cubierto el Asegurado.

El Periodo de Carencia solo aplicará por una única ocasión, al inicio de la Vigencia que aparece en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual y no aplicarán en las renovaciones subsecuentes.

1.26. Siniestro

Realización del Evento Cubierto por alguna de las coberturas contratadas y prevista en el Contrato de Seguro que genera la obligación de la Compañía al pago de una indemnización.

1.27. Suma Asegurada

Monto máximo de responsabilidad de la Compañía por cada cobertura contratada, en caso de ser procedente el Siniestro, señalado en la Carátula de Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

1.28. Tratamientos Ambulatorios

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

1.29. Unidad de Cuidados Intensivos

Área hospitalaria especializada en la atención, vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes con alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida.

1.30. Vigencia

Periodo durante el cual la cobertura contratada se mantiene en vigor, comprendido entre la fecha de Inicio y Fin de Vigencia indicadas en la Carátula de la Póliza y en cada uno de los Consentimientos/Certificados Individuales emitidos por la Compañía.

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

2. CONDICIONES PARTICULARES

Todas las coberturas descritas en las presentes Condiciones Particulares operan de manera independiente entre sí y cuentan con su propia Suma Asegurada, así como con requisitos, limitaciones, exclusiones y condiciones de procedencia específicas.

La responsabilidad máxima de la Compañía respecto de cada cobertura contratada se limitará a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Las coberturas previstas en estas Condiciones Particulares son opcionales y únicamente quedarán amparadas cuando aparezcan expresamente señaladas como contratadas en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente. En caso contrario, la Compañía no asumirá obligación alguna.

2.1. Cáncer

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura cuando, durante la Vigencia de la misma y una vez transcurrido el Periodo de Carencia de 90 (noventa) días naturales, se determine por primera vez el Diagnóstico definitivo de un Cáncer primario, conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Para la procedencia de la indemnización, el Diagnóstico definitivo deberá:

1. Ser confirmado mediante evidencia histopatológica;
2. Ser emitido por un Médico Especialista en Oncología legalmente autorizado; y
3. Estar respaldado por el expediente clínico correspondiente y los estudios médicos que sustenten dicho Diagnóstico.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Cáncer primario aquel que:

a) Sea diagnosticado por primera vez como tumor maligno caracterizado por el crecimiento y diseminación incontrolada de células malignas con capacidad de invasión y metástasis, incluyendo leucemias, linfomas (incluyendo la Enfermedad de Hodgkin) y tumores sólidos.

a. No sea consecuencia de una recaída, recurrencia, recidiva, persistencia, progresión, extensión, metástasis, complicación, secuela o continuación de un cáncer previamente diagnosticado o indemnizado, aun originándose en el mismo órgano o tejido; y

b. Se encuentre sustentado mediante evidencia clínica, histopatológica y médica suficiente que permita determinar razonablemente que se trata de una nueva neoplasia primaria independiente.

La determinación de la existencia de un cáncer primario independiente corresponderá a la Compañía con base en la documentación médica presentada y, en caso de controversia, podrá aplicarse lo dispuesto en la cláusula de Arbitraje de las Condiciones Generales.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

a. **Cáncer in situ, así como cualquier lesión pre-maligna o no invasiva.**
b. **Tumores benignos.**
c. **Displasia, incluyendo displasia cervical (neoplasia intraepitelial cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3).**
d. **Todo cáncer de piel, independientemente de su tipo histológico, clasificación, localización, comportamiento clínico, nivel de invasión o estadio, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma, carcinoma de Merkel, linfoma cutáneo, dermatofibrosarcoma, histiosarcoma maligno y cualquier otra neoplasia maligna originada en la piel.**
e. **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a II DE LA 8ª edición del American Joint Commitee on Cancer (AJCC) vigente al momento del Diagnóstico o cualquier sistema de clasificación o estadificación médica que la sustituya o resulte equivalente de acuerdo con la práctica médica reconocida.**
f. **Cáncer de próstata estadio menor a II DE LA 8ª edición del American Joint Commitee on Cancer (AJCC) vigente al momento del Diagnóstico o cualquier sistema de clasificación o estadificación médica que la sustituya o resulte equivalente de acuerdo con la práctica médica reconocida.**
g. **Todo cáncer de tiroides cuyo diámetro máximo sea menor a 2 (dos) centímetros al momento del Diagnóstico definitivo, independientemente de su estadio clínico, clasificación oncológica o sistema de estadificación utilizado.**
h. **Cualquier cáncer diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura o durante el Periodo de Carencia, así como cualquier recaída, recurrencia, recidiva, persistencia, progresión, metástasis, extensión, complicación, secuela o continuación relacionada con dicho cáncer.**

La Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura podrá ser indemnizada una sola vez por Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual respecto de un Diagnóstico definitivo de Cáncer que cumpla con los requisitos establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

En caso de que durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado sea diagnosticado con uno o más cánceres cubiertos, aun cuando correspondan a cánceres primarios independientes, distintos y médicamente no relacionados entre sí, únicamente procederá una indemnización bajo esta cobertura.

2.2. Infarto Agudo al Miocardio

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura cuando, durante la Vigencia de la misma, se determine por primera vez el Diagnóstico definitivo de Infarto Agudo al Miocardio, conforme a los términos y condiciones

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

Muestra sin valor

establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Infarto Agudo al Miocardio la muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una reducción prolongada del flujo sanguíneo coronario, que resulte en daño irreversible del tejido miocárdico.

Para que la indemnización proceda, el Diagnóstico definitivo deberá ser emitido por un Médico Especialista en Cardiología y estar respaldado por el expediente clínico y los estudios médicos correspondientes, debiendo acreditarse al menos 2 (dos) de los siguientes criterios:

1. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó un Infarto Agudo al Miocardio dentro de las 24 (veinticuatro) horas previas a dicha Hospitalización;
2. Historia clínica que documente un cuadro clínico típico de Enfermedad cardiaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones y diaforesis (sudoración excesiva);
3. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre los valores normales de laboratorio; y
4. Prueba de reducción permanente de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo por debajo del 50% como consecuencia del Infarto Agudo al Miocardio, medida al menos 30 (treinta) días naturales después del evento.

Para efectos de esta cobertura, se considerará como primer Diagnóstico de un Infarto Agudo al Miocardio aquel que corresponda a un evento distinto, derivado de una causa diferente y que no constituya recaída, recurrencia, reinfarto relacionado, extensión, evolución, complicación cardiovascular, secuela o consecuencia directa o indirecta de un Infarto Agudo al Miocardio previo.

La determinación de la independencia médica entre dos eventos corresponderá a la Compañía con base en la documentación médica presentada y, en caso de controversia, podrá aplicarse lo dispuesto en la cláusula de Arbitraje Médico de las presentes Condiciones Particulares.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

a) Cambios en el Electrocardiograma (ECG) que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de Infarto Agudo al Miocardio;
b) Los infartos que no necesitan tratamiento en Unidad de Cuidados Intensivos;
c) La angina de pecho estable o inestable;
d) Todo Infarto Agudo al Miocardio que ocurra en la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ya sea como consecuencia directa o indirecta de este si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmunodeficiencia

Muestra sin valor

Adquirida" tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá ARC ("Aids Related Condition" o "Condición Relacionada con el SIDA");

e) Elevación mínima de las troponinas, sin anomalías diagnosticadas en el Electrocardiograma (ECG) ni signos clínicos de infarto;
f) Infarto Agudo al Miocardio ocurrido por Culpa Grave del Asegurado como consecuencia del uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico o Médico Especialista legalmente autorizado.
g) Cualquier infarto agudo al miocardio diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.
h) Recaídas, recurrencias, reinfartos relacionados con un infarto previamente diagnosticado, complicaciones cardiovasculares derivadas, secuelas cardíacas, extensión del infarto o procedimientos y tratamientos derivados de un infarto previamente diagnosticado.

Únicamente procederá 1 (una) Indemnización por esta Cobertura por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual aún en el caso de que durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado presente dos o más Infartos Agudos al Miocardio.

2.3. Insuficiencia Renal Crónica

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura cuando durante la Vigencia de la misma y una vez transcurrido el Periodo de Carencia aplicable, se determine por primera vez el Diagnóstico definitivo de una Insuficiencia Renal Crónica cubierta conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Se entenderá por Insuficiencia Renal Crónica la disminución crónica, progresiva e irreversible de la función renal causada por el deterioro de uno o ambos riñones, diagnosticada por un Médico Especialista en Nefrología o Medicina Interna y sustentada mediante estudios clínicos y de laboratorio.

Para que la indemnización proceda, el Diagnóstico definitivo deberá ser emitido por un Médico Especialista en Nefrología o Medicina Interna y estar respaldado por el informe médico correspondiente y por los estudios que sustenten el diagnóstico, incluyendo, según corresponda:

1. Análisis de orina;
2. Depuración de creatinina;
3. Proteinuria total;
4. Creatinina en orina;
5. Albúmina;
6. Examen de nitrógeno ureico en la sangre (BUN);

Muestra sin valor

7. Ecografía abdominal; y
8. Cualquier otro estudio médico que resulte clínicamente necesario para acreditar la insuficiencia renal crónica reclamada.

Asimismo, deberá acreditarse, según corresponda:

a) Tasa de filtración glomerular menor a 60 ml/min/1.73m^2 durante al menos 3 meses o encontrarse en estadio 3 o superior de la Enfermedad Renal Crónica (ERC);
b) La necesidad médica de diálisis peritoneal o hemodiálisis;
c) La realización de tratamiento sustitutivo renal mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis; o
d) El ingreso formal a un programa de trasplante renal o la realización del trasplante renal.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

a. Falla o insuficiencia renal aguda, reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento;
b. Tratamientos temporales de diálisis que no impliquen insuficiencia renal crónica;
c. Trastornos renales que no requieran tratamiento sustitutivo renal, inscripción a un programa de trasplante renal o la realización de un trasplante renal;
d. Insuficiencia Renal Crónica derivada del incumplimiento deliberado del tratamiento médico indicado;
e. Cualquier insuficiencia renal crónica diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura o dentro del Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales señalado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones, complicaciones o secuelas.

2.4. Evento Cerebrovascular

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura cuando durante la Vigencia de la misma se presente un Evento Cerebrovascular conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Se entenderá por Evento Cerebrovascular al evento agudo de origen vascular que produzca daño al tejido cerebral como consecuencia de infarto, hemorragia intracraneal o embolia de origen extracraneal.

La indemnización procederá únicamente cuando se cumplan de manera conjunta los siguientes criterios:

1. **Inicio clínico:** Aparición súbita de signos o síntomas neurológicos compatibles con un

Muestra sin valor

Evento Cerebrovascular, cuya duración sea mayor a 24 (veinticuatro) horas;
2. **Déficit neurológico objetivo:** Presencia de un déficit neurológico nuevo, objetivable mediante exploración clínica;
3. **Permanencia:** El déficit neurológico deberá ser permanente e irreversible, con una duración continua de al menos 90 (noventa) días naturales a partir de la fecha del evento; y
4. **Confirmación diagnóstica:** El Diagnóstico deberá ser realizado por un Médico Especialista en Neurología y confirmado mediante estudios de imagen, tales como tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) u otros métodos equivalentes reconocidos en la práctica médica.

La procedencia de la indemnización quedará sujeta a que el déficit neurológico permanente e irreversible subsista durante el periodo mínimo de 90 (noventa) días naturales establecido en esta cobertura.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

a. Ataque isquémico transitorio (AIT) o eventos isquémicos reversibles;
b. Déficits neurológicos de carácter temporal o reversible;
c. Lesiones cerebrales derivadas de traumatismos, infecciones, tumores o causas no vasculares;
d. Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección;
e. Infartos lacunares u otros hallazgos en estudios de imagen que no estén asociados a un déficit neurológico permanente conforme a la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente;
f. Hallazgos incidentales en neuroimagen sin correlación clínica;
g. Eventos cerebrovasculares secundarios a Enfermedades Preexistentes;
h. Cualquier evento cerebro vascular diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura o dentro del Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales señalado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones, complicaciones o secuelas.

Únicamente procederá 1 (una) Indemnización por esta Cobertura por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual aún en el caso de que durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado presente dos o más Eventos.

2.5. Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada diaria indicada para esta cobertura por cada Día de Hospitalización, cuando durante la Vigencia de la cobertura sea diagnosticado con

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

Muestra sin valor

una Enfermedad Cubierta y, como consecuencia directa de ésta, requiera Hospitalización conforme a las definiciones establecidas en las presentes Condiciones Particulares.

El pago de la Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad se realizará por cada Día de Hospitalización efectivamente transcurrido, una vez cumplido el Período mínimo de Hospitalización establecido en la Carátula de Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.

La indemnización se pagará hasta por el Periodo máximo de beneficio por Hospitalización, mismo que corresponderá a 30 (treinta) Días de Hospitalización.

Esta cobertura únicamente ampara un Evento Cubierto por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. Para efectos de esta cobertura, el límite de un Evento Cubierto se aplicará de manera independiente para cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Para efectos de esta cobertura, toda Hospitalización derivada de una misma Enfermedad Cubierta se considerará un solo Evento Cubierto.

Cualquier reingreso hospitalario derivado de la misma Enfermedad Cubierta que haya dado origen a un pago previo se considerará continuación del mismo Evento Cubierto, siempre que ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del alta hospitalaria previa y no se haya agotado el Periodo máximo de beneficio por Hospitalización.
En caso de fallecimiento del Asegurado durante la Hospitalización derivada de una Enfermedad Cubierta, la Compañía pagará a los Beneficiarios que correspondan los Días de Hospitalización efectivamente transcurridos hasta la fecha de fallecimiento.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- **Tratamientos ambulatorios;**
- **Convalecencia domiciliaria, en asilos, casa de convalecencia o de reposo;**
- **Estancia en Hospitales si no es médicamente necesario para la recuperación de la salud del paciente o si no es instruida por un Médico o Médico Especialista;**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas realizadas con fines de investigación o valoración que no resulten médicamente necesarios para el tratamiento de la Enfermedad que origina la Hospitalización;**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un Diagnóstico que no sea derivado de la Enfermedad que origina la Hospitalización;**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la omisión en la búsqueda de atención oportuna o en el seguimiento de recomendaciones médicas;**
- **Tratamientos psiquiátricos o por drogadicción o alcoholismo;**

Muestra sin valor

- **Hospitalización por tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías;**
- **Gastos Médicos por tratamientos con fines preventivos, incluidos curas de reposo o descanso y exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como check ups;**
- **Cualquier hospitalización que ocurra antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o dentro del Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales señalado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.**

2.6. Cirugías

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado, en una sola exhibición, la Suma Asegurada correspondiente a cada Cirugía Cubierta a la que sea sometido durante la Vigencia de la cobertura, siempre que:

a. Tratándose de cirugías derivadas de una Enfermedad Cubierta, haya transcurrido el Periodo de Carencia.
b. El Diagnóstico médico definitivo que origine la Cirugía Cubierta sea emitido y confirmado por el Médico Especialista correspondiente y se encuentre respaldado por el expediente clínico y los estudios médicos requeridos para la Cirugía respectiva.
c. La Cirugía que se encuentre expresamente incluida en el listado de Cirugías Cubiertas en estas Condiciones Particulares.
d. Sea consecuencia directa de una Enfermedad Cubierta o de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de esta Cobertura.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Cirugía el procedimiento médico invasivo realizado por un Médico Especialista legalmente autorizado, que requiera una intervención quirúrgica y que se encuentre expresamente incluido en el listado de Cirugías Cubiertas contenido en las presentes Condiciones Particulares.

Las Cirugías Cubiertas derivadas de una Enfermedad Cubierta estarán sujetas a un Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales contado a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de esta cobertura.

Tratándose de Trasplante de Órgano Vital, el Periodo de Carencia será de 90 (noventa) días naturales contado a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de esta cobertura.

Las Cirugías Cubiertas derivadas de un Accidente Cubierto no estarán sujetas a Periodo de Carencia.

Cada una de las Cirugías Cubiertas opera de manera independiente y cuenta con una Suma Asegurada específica, conforme a lo establecido en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual. **Las Sumas Aseguradas correspondientes a cada Cirugía Cubierta son independientes entre sí y no podrán acumularse,**

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

transferirse ni combinarse.

Tratándose de órganos pares, la extirpación quirúrgica unilateral o bilateral realizada respecto del mismo órgano se considerará una sola Cirugía Cubierta para efectos de esta cobertura, por lo que no procederá una segunda indemnización derivada de procedimientos posteriores realizados sobre el órgano par remanente. Lo anterior será aplicable independientemente de que los procedimientos se realicen en una misma fecha o en fechas distintas.

2.6.1.Listado de Cirugías Cubiertas

ID	Cirugía Cubierta	Estudios Necesarios para la reclamación
1	Apendicectomía	Estudios histopatológicos y de gabinete. En caso de tenerlo, de imagen.
2	Colecistectomía	Estudios histopatológicos, y al menos un estudio de los siguientes: Tomografía o Ultrasonido con o sin prueba de Boyden.
3	Hemorroidectomía	Colonoscopía.
4	Amigdalectomía	Reporte de radiografía lateral de cuellos o estudio de imagen (TAC, RMN) que sustente el diagnóstico realizado previo a la intervención quirúrgica.
5	Extirpación quirúrgica de ovarios	Estudio histopatológico o estudios de imagen.
6	Litotricia extracorpórea	Reporte de ultrasonido previo al tratamiento de litotricia, biometría hemática, examen general de orina y química sanguínea.
7	Mastectomía	Estudio histopatológico o estudios de imagen.
8	Prostatectomía	Estudio histopatológico o estudios de imagen.
9	Trasplante de órgano vital (corazón, hígado, pulmón, riñón, médula ósea, páncreas, bazo, intestino)	Estudios que avalen la necesidad de un trasplante.

La Compañía podrá requerir documentación y estudios médicos adicionales cuando éstos resulten razonablemente necesarios para la validación del diagnóstico o de la Cirugía Cubierta reclamada.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- **Cirugías no incluidas en el listado de la cobertura.**
- **Cirugías a consecuencia directa o indirecta de condiciones respecto de las cuales el Asegurado hubiese recibido tratamiento, hubiese sido informado de la necesidad de la Cirugía, hubiese sido aconsejado para**

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

recibir tratamiento quirúrgico o tuviera conocimiento de la necesidad del procedimiento quirúrgico antes de la fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura.

- **Cirugía plástica por cualquier condición, salvo operaciones reconstructivas como consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la cobertura y siempre que dicha cobertura esté descrita en el listado de Procedimientos quirúrgicos cubiertas.**
- **Cirugías estéticas para fines de embellecimiento, tratamientos para adelgazar o rejuvenecer.**
- **Cirugías realizadas con el propósito de donación de órganos (como donante).**
- **Cirugías por tratamientos experimentales o de investigación.**
- **Cirugías por tratamientos o intervenciones quirúrgicas sin indicación médica.**
- **Cirugías a consecuencias de tratamientos para atención psiquiátrica, por eventos tales como adicciones, neurosis de ansiedad, crisis conversivas o crisis de pánico.**
- **Procedimientos quirúrgicos por aborto.**
- **Todo tratamiento quirúrgico debido a desórdenes o deformidades nasales o del tabique nasal que no sean consecuencia de un Accidente Cubierto. La prueba del trauma deberá confirmarse por medio de radiografías, tomadas al asegurado dentro de los 5 (cinco) días siguientes al Accidente Cubierto.**
- **Cirugías derivadas de Accidentes ocurridos antes del Inicio de Vigencia de la cobertura, así como sus secuelas o sus consecuencias.**
- **Cirugías derivadas de Accidentes o padecimientos a consecuencia del alcoholismo o toxicomanía del Asegurado.**
- **Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o condiciones médicas relacionadas y/o conectadas y/o resultantes del SIDA y/o resultantes del virus generador del SIDA.**
- **Cuando el Asegurado participe como donante de órganos o tejidos.**
- **Trasplantes autólogos. Cualquier trasplante respecto del cual el Asegurado actúe como donante y no como receptor.**
- **Cualquier Cirugía Cubierta derivada de una Enfermedad diagnosticada o Accidente ocurrido antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura o durante el Periodo de Carencia aplicable, así como sus recaídas, recurrencias, complicaciones, secuelas, tratamientos o procedimientos complementarios.**

La Suma Asegurada correspondiente a cada Cirugía Cubierta se indemnizará una sola vez por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. La limitación prevista en el párrafo anterior aplicará de manera independiente en cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Cuando durante una misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado sea

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

sometido a dos o más Cirugías Cubiertas, procederá el pago de la Suma Asegurada correspondiente a cada una de ellas, siempre que:

a) Cada Cirugía se encuentre expresamente incluida en el listado de Cirugías Cubiertas;
b) Cada Cirugía cuente con sustento médico propio e independiente; y

Se cumplan los términos, condiciones, requisitos, periodos de carencia y exclusiones establecidos en esta cobertura.

Lo anterior será aplicable aun cuando dos o más Cirugías Cubiertas sean realizadas durante un mismo acto quirúrgico.

2.7. Fractura de Huesos por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía indemnizará al Asegurado cuando, durante la Vigencia de la cobertura, sufra una Fractura Cubierta como consecuencia directa de un Accidente Cubierto, conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura, las Fracturas Cubiertas deberán encontrarse debidamente diagnosticadas y acreditadas mediante estudios de imagen, expediente clínico y demás evidencia médica que resulte aplicable, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente Cubierto.

La Suma Asegurada aplicable será la indicada para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.

2.7.1. Fracturas Cubiertas

Las Fracturas Cubiertas al amparo de esta cobertura son exclusivamente aquellas correspondientes a las localizaciones anatómicas identificadas con los siguientes códigos CIE-10:

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

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la

Muestra sin valor

reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- **Se excluyen las fisuras óseas, entendiéndose por éstas una lesión ósea incompleta que no produzca separación total de la continuidad del hueso y que sea expresamente diagnosticada como fisura por el Médico tratante.**
- **Fracturas producidas como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.**
- **Fracturas patológicas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo).**
- **Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.**
- **Padecimientos preexistentes que después generen Fracturas.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Fracturas que sean efecto directo, total o parcial, de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por el producidas.**
- **Cualquier fractura ocurrida antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones o complicaciones.**

Esta cobertura únicamente ampara un Evento Cubierto por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. En ningún caso procederá más de una indemnización durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, aun cuando el Asegurado presente dos o más Fracturas Cubiertas, fracturas múltiples, fracturas bilaterales o fracturas derivadas del mismo o de distintos Accidentes Cubiertos.

2.8. Indemnización por Dislocación o Luxación por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía indemnizará al Asegurado cuando sufra una o varias Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas como consecuencia directa de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la cobertura.

Para efectos de esta cobertura, las Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas deberán encontrarse debidamente diagnosticadas y acreditadas mediante estudios de imagen, expediente clínico y demás evidencia médica que resulte aplicable, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha

Muestra sin valor

de ocurrencia del Accidente Cubierto. La existencia de la Luxación o Dislocación Cubierta podrá acreditarse mediante estudios de imagen, notas médicas de urgencias, reportes de reducción articular o cualquier otra documentación médica suficiente que permita verificar su ocurrencia.

La Suma Asegurada aplicable será la indicada para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.

Tratándose de Dislocaciones o Luxaciones Parciales, la Indemnización corresponderá al 25% (veinticinco por ciento) de la Suma Asegurada contratada aún y cuando el Asegurado presente dos o más Dislocaciones o Luxaciones parciales derivados del mismo Accidente Cubierto.

Tratándose de Dislocaciones o Luxaciones Completas, así como de Dislocaciones o Luxaciones múltiples derivadas del mismo Accidente Cubierto, la Indemnización corresponderá al 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada contratada.

En ningún caso el pago de la Indemnización a que tenga obligación la Compañía por esta cobertura podrá superar al 100% de la Suma Asegurada contratada.

La Compañía pagará al Asegurado la indemnización correspondiente únicamente respecto de las siguientes Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas siempre y cuando sean tratadas mediante procedimientos de reducción:

ID	Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas
1	Cadera
2	Rodilla (**excepto rótula**)
3	Hombro
4	Pie/tobillo
5	Mano
6	Mandíbula inferior
7	Muñeca
8	Codo
9	Dedo del pie

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- **Dislocaciones o Luxaciones que no se encuentren expresamente señaladas en el listado correspondiente a esta cobertura.**
- **Cualquier Dislocación o Luxación ocurrida antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones o complicaciones.**

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

Esta cobertura únicamente ampara un Evento Cubierto por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. En ningún caso procederá más de una indemnización durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, aun cuando el Asegurado presente dos o más Dislocaciones o Luxaciones derivadas del mismo o de distintos Accidentes Cubiertos.

Para efectos de esta cobertura, se considerará como un mismo Evento Cubierto todas las Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas derivadas de un mismo Accidente Cubierto, incluyendo dislocaciones o luxaciones múltiples o aquellas que afecten simultáneamente distintas articulaciones o regiones anatómicas.

3. *EXCLUSIONES GENERALES*

- **Lesiones, daños corporales o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos activamente por el Asegurado, o las que se deriven de riñas en las que éste haya participado directamente como provocador.**
- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **Accidentes resultantes de cualquier participación activa del Asegurado en un entrenamiento o conflicto armado planeado por autoridades civiles o militares.**
- **Embarazo, parto natural, operación de cesárea, legrado o aborto y/o cualquier complicación durante o después del embarazo y a consecuencia de éste.**
- **Accidentes ocurridos antes del Inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual y/o de la cobertura correspondiente.**
- **Eventos originados por Enfermedades Preexistentes.**
- **Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético, tratamiento de fertilidad, tratamientos de control de peso o procedimientos no necesarios médicamente, excepto que sean consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- **Accidentes ocurridos por guerra, actos bélicos u hostilidades, guerra civil (sea o no guerra declarada), insurrección, rebelión, revolución, inestabilidad civil, manifestaciones, poder militar o usurpación del poder, ley marcial o motín, siempre que el Asegurado participe activamente en dichos eventos.**
- **Lesiones a consecuencia de la participación activa del Asegurado en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.**
- **Cualquier gasto médico debido a un acto intencional o autoinfligido, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

Muestra sin valor

- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un Médico o Médico Especialista, de alcohol o ingesta de veneno.**
- **Cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, materiales bélicos nucleares o cualquier residuo nuclear.**
- **Accidentes resultantes de la práctica de motociclismo, box, lucha libre o greco romana, charrería tauromaquia, cacería, alpinismo, espeleología, deportes hípicos y de buceo, clavados, salto en bungee o cualquier actividad, Deporte Profesional o Deporte de Alto Riesgo que se practique de manera profesional, amateur y/u ocasional.**
- **Accidentes ocurridos mientras el Asegurado conduzca motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, salvo que al momento del Accidente cuente con la licencia vigente requerida conforme a la legislación aplicable y utilice el equipo de protección obligatorio exigido por la autoridad competente.**
- **Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular (incluyendo planeadores, globo aerostático y paracaídas).**
- **Eventos resultantes de la participación de tipo profesional del Asegurado en competencias, entrenamientos, carreras y/o pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes o Eventos que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente Cubierto, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Cualquier envenenamiento doloso que no sea Accidente.**
- **Inhalación de gases o humo que no sea accidental.**

4. DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado, su Beneficiario Contingente o el Beneficiario; según corresponda, deberá presentar a la Compañía la información y documentación necesaria para comprobar la ocurrencia del Siniestro, así como la exactitud de los hechos consignados en su reclamación.

La Compañía tendrá derecho a solicitar al Asegurado, Beneficiario Contingente o Beneficiario, según corresponda, toda clase de información y documentación relacionada con el Evento Cubierto, Accidente Cubierto, Enfermedad Cubierta, diagnóstico, procedimiento o siniestro reclamado, con el fin de determinar las circunstancias de su origen, evolución y consecuencias.

4.1. Documentación general requerida

Muestra sin valor

1. Formato de reclamación, denominado “Declaración para trámite de Siniestro”, debidamente llenado y firmado por el Asegurado o, en su caso, por el(los) Beneficiario(s) designado(s), Beneficiario Contingente.
2. Informe médico, ya sea mediante el formato denominado “Declaración del Médico para trámite de Siniestro” o a través de un resumen clínico emitido por el Médico Especialista correspondiente.
3. Identificación oficial vigente del Asegurado y, en su caso, del Beneficiario Contingente o del Beneficiario, con fotografía y firma.
4. Comprobante de domicilio del Asegurado, del Beneficiario Contingente o del Beneficiario, según sea el caso, con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses a la fecha de la presentación del Siniestro.
5. Estado de cuenta bancario a nombre del Asegurado o, en su caso, del Beneficiario, con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses a la fecha de presentación del Siniestro, para efectos del pago correspondiente.

4.2. Documentación específica por cobertura

Además de la documentación general señalada anteriormente, deberá presentarse la documentación específica que corresponda a la cobertura reclamada:

A) Cáncer

1. Evidencia histopatológica que confirme el diagnóstico;
2. Informe médico emitido por un Médico Especialista en Oncología;
3. Expediente clínico;
4. Estudios médicos que sustenten el diagnóstico definitivo.
5. Estudios de imagen, cuando resulten necesarios para acreditar el diagnóstico o determinar la procedencia de la cobertura.

B) Infarto Agudo al Miocardio

1. Informe médico emitido por un Médico Especialista en Cardiología;
2. Expediente clínico;
3. Electrocardiogramas (ECG);
4. Resultados de enzimas cardiacas y biomarcadores cardíacos;
5. Constancia o documentación de hospitalización relacionada con el evento, cuando exista;
6. Ecocardiograma o estudios equivalentes que acrediten la reducción de la fracción de eyección, cuando dicho criterio sea utilizado para acreditar la procedencia de la cobertura;
7. Estudios y documentación médica que acrediten el cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos en la cobertura.
8. Reportes de angiografía coronaria, cuando existan o cuando resulten necesarios para determinar la procedencia de la cobertura o la independencia de eventos reclamados.

C) Insuficiencia Renal Crónica

1. Informe médico emitido por un Médico Especialista en Nefrología o Medicina Interna;
2. Expediente clínico;
3. Análisis de orina;
4. Depuración de creatinina;
5. Proteinuria total;
6. Creatinina en orina;
7. Albúmina;
8. Examen de nitrógeno ureico en sangre (BUN);
9. Ecografía abdominal;
10. Documentación médica que acredite la realización de diálisis o hemodiálisis, o bien, la

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

incorporación a un programa de trasplante renal, conforme a los requisitos establecidos en la cobertura.
11. Documentación médica que acredite la realización de un trasplante renal, cuando dicho supuesto sea utilizado para acreditar la procedencia de la cobertura.

D) Evento Cerebrovascular
1. Informe médico emitido por un Médico Especialista en Neurología;
2. Expediente clínico;
3. Estudios de imagen diagnóstica, incluyendo tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) o estudios equivalentes;
4. Documentación médica que acredite el déficit neurológico permanente;
5. Documentación médica que acredite la permanencia del déficit neurológico durante el plazo requerido en la cobertura reclamada.

E) Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad
1. Constancia de Hospitalización emitida por el Hospital o institución de salud correspondiente;
2. Resumen clínico;
3. Notas de ingreso y egreso hospitalario;
4. Documentación médica que acredite el periodo de Hospitalización indemnizable.
5. Facturas, estados de cuenta u otra documentación emitida por el Hospital cuando resulte necesaria para acreditar el periodo de Hospitalización reclamado.

F) Cirugías
1. Informe médico emitido por el Médico Especialista tratante;
2. Reporte quirúrgico;
3. Estudios requeridos para la Cirugía Cubierta correspondiente conforme a lo establecido en dicha cobertura;
4. Documentación médica que acredite la realización de la Cirugía Cubierta reclamada.
5. Estudios histopatológicos, cuando conforme al listado de Cirugías Cubiertas resulten necesarios para acreditar la procedencia de la indemnización.

G) Fractura de Huesos por Accidente
1. Informe médico;
2. Estudios radiológicos o de imagen que acrediten la fractura reclamada;
3. Expediente o resumen clínico;
4. Documentación médica que acredite la fecha de ocurrencia del Accidente Cubierto;
5. Documentación médica que permita acreditar que la fractura fue diagnosticada dentro del plazo establecido en la cobertura.

H) Dislocación o Luxación por Accidente
1. Informe médico;
2. Estudios de imagen que acrediten la dislocación o luxación reclamada;
3. Expediente clínico o resumen clínico;
4. Documentación médica que acredite la fecha de ocurrencia del Accidente Cubierto;
5. Documentación médica que permita acreditar que la dislocación o luxación fue diagnosticada dentro del plazo establecido en la cobertura.

Adicionalmente, en caso de fallecimiento del Asegurado, el (los) Beneficiario(s) designados, deberá presentar:

1. Certificado de defunción del Asegurado.

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

2. Acta de defunción del Asegurado, cuando se encuentre disponible.

La Compañía tendrá derecho, en cualquier momento, a:

a. Solicitar información o documentación adicional razonablemente necesaria para determinar la procedencia del Siniestro conforme a la cobertura reclamada.
b. Practicar, a su costa, exámenes médicos al Asegurado a través de Médicos designados por la propia Compañía.
c. Obtener información de los Médicos tratantes, Hospitales, clínicas o cualquier institución que haya intervenido en la atención del Asegurado, previo consentimiento de éste y en los términos de la legislación aplicable.
d. Verificar la veracidad de la información presentada, así como realizar las investigaciones que considere necesarias para la valoración del Siniestro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5. TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO

El trámite de cualquier reclamación deberá ser realizado directamente por el propio Asegurado.

Cuando el Asegurado se encuentre material o médicamente imposibilitado para realizar los trámites correspondientes, éstos podrán ser efectuados, por el Beneficiario Contingente designado conforme a las presentes Condiciones.

En caso de que no exista Beneficiario Contingente designado, los trámites podrán ser realizados por cualquiera de las siguientes personas, en el orden de prelación siguiente:

a. El cónyuge o concubina(o) legalmente reconocida(o) del Asegurado;
b. A falta de este, cualquiera de los hijos del Asegurado;
c. A falta de los anteriores, un pariente por consanguinidad en línea recta o colateral hasta el segundo grado.

En todos los casos, la actuación de cualquiera de las personas antes señaladas se limitará exclusivamente al trámite administrativo de la reclamación y no les confiere derecho alguno para recibir el pago de la indemnización.

Cualquier indemnización que corresponda al Asegurado se pagará única y exclusivamente mediante depósito en cuentas bancarias a nombre del propio Asegurado, o en el caso de que éste haya fallecido, al(los) Beneficiario(s) que correspondan, aun cuando el trámite haya sido realizado por el Beneficiario Contingente o por alguno de los representantes señalados en esta cláusula.

6. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL

El presente Beneficio Adicional terminará, sin obligación posterior para la Compañía, respecto de cada Asegurado, en caso de ocurrir cualquiera de las siguientes causas:

a. Por terminación del Contrato de Seguro, en cuyo caso cesarán todas las coberturas del Beneficio Adicional.
b. Por terminación de la relación del Asegurado con el Grupo Asegurado, en cuyo caso cesarán todas las coberturas respecto de dicho Asegurado.
c. Al fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso cesarán todas las coberturas del Beneficio Adicional.
d. En caso de cancelación del presente Beneficio Adicional, en cuyo caso cesarán todas sus coberturas.
e. A solicitud expresa del Contratante

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

7. EDAD

Las edades de aceptación para esta Cobertura Adicional serán las siguientes:

Edad mínima	Edad máxima
18 años	69 años

Para efectos de esta Cobertura Adicional se considera como edad real del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura indicada en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Previa solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía, los rangos de edad podrán modificarse mediante Endoso, siempre que dichas modificaciones se encuentren dentro de los límites previstos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

8. ARBITRAJE MÉDICO

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de la preexistencia de una Enfermedad, Evento y/o Padecimiento, el Asegurado podrá acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser Perito Médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán 2 (dos), uno por cada parte.

Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser Perito Médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes. Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciere cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciere falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento del Asegurado o Beneficiario mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de la Compañía.

Si el Asegurado optó por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a ellos no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de una Enfermedad o Evento.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la preexistencia o no de la Enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. | Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | Tel (55) 1103-7000 | www.prudentialseguros.com.mx

9. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

Los datos personales que proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, quien es Responsable del tratamiento de sus datos personales. Los datos personales y, en su caso, los datos personales sensibles recabados serán tratados para las siguientes finalidades: (i) identificación, registro y contacto; (ii) evaluación del riesgo correspondiente; (iii) formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio; (iv) brindar atención y seguimiento, así como administrar, mantener o renovar el contrato de seguro, producto y/o servicio; (v) dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de las disposiciones legales aplicables; y (vi) envío de información con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial para informarle sobre nuevos lanzamientos, productos, servicios o promociones. Para conocer más información sobre el tratamiento de sus datos personales, así como el ejercicio de sus derechos ARCO consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral disponible en https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad.

10. INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá accesar a través de la siguiente dirección electrónica: 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 octubre de 2026, con el número BADI-S0106-0030-2026/CONDUSEF-007332-02."

Muestra sin valor