

Condiciones Generales
Seguro de Gastos Médicos Indemnizatorio para
Adultos Mayores

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

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

Índice

Contenido	2
1. OBJETO DEL SEGURO	5
2. DEFINICIONES	5
2.1. Accidente.....	5
2.2. Accidente Cubierto.....	5
2.3. Actividades de la Vida Diaria (AVD).....	5
2.4. Asegurado.....	6
2.5. Beneficiario.....	7
2.6. Beneficiario Contingente.....	7
2.7. Carátula de Póliza.....	7
2.8. Cirugía.....	7
2.9. CNSF.....	7
2.10. Condiciones Generales.....	8
2.11. Condiciones Particulares.....	8
2.12. Contratante.....	8
2.13. Contrato de Seguro y/o Póliza.....	8
2.14. Culpa Grave.....	8
2.15. Deporte de Alto Riesgo.....	8
2.16. Deporte Profesional.....	8
2.17. Día de Hospitalización.....	8
2.18. Diagnóstico.....	9
2.19. Endoso.....	9
2.20. Enfermedad.....	9
2.21. Enfermedad Cubierta.....	9
2.22. Enfermedades Preexistentes.....	9
2.23. Enfermero(a).....	10
2.24. Evento Cubierto.....	10
2.25. Exclusiones.....	10
2.26. Fecha de Inicio de Vigencia.....	10
2.27. Hospital.....	11
2.28. Hospitalización.....	11
2.29. Ley.....	11
2.30. Médico.....	11
2.31. Médico Especialista.....	12
2.32. Periodo al Descubierto.....	12
2.33. Periodo de Carencia.....	12
2.34. Periodo de Gracia.....	12
2.35. Periodo máximo de beneficio por Hospitalización.....	13
2.36. Periodo mínimo de Hospitalización.....	13
2.37. Plan.....	13
2.38. Prima.....	13
2.39. Prima Neta No Devengada.....	13
2.40. Quirófano.....	13
2.41. Reserva Matemática.....	13
2.42. Región Corporal.....	14
2.43. Sedación Profunda.....	14
2.44. Siniestro.....	14

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

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

2.45.	<i>Solicitud de Seguro</i>	14
2.46.	<i>Suma Asegurada</i>	14
2.47.	<i>Unidad de Cuidados Intensivos</i>	14
2.48.	<i>Vigencia</i>	14
3.	CONDICIONES PARTICULARES	15
3.1.	Cobertura Básica	15
3.1.1.	Enfermedades Graves	15
3.1.1.1.	Cáncer	16
3.1.1.2.	Infarto Agudo al Miocardio	17
3.1.1.3.	Insuficiencia Renal Crónica	18
3.1.1.4.	Esclerosis Múltiple - de severidad especificada	19
3.1.1.5.	Accidente Cerebrovascular – de severidad especificada	20
3.1.1.6.	Enfermedad de Alzheimer (incluyendo Demencia Avanzada) – de severidad especificada	21
3.1.1.7.	Enfermedad de Parkinson - de severidad especificada	22
3.1.2.	Documentación en caso de Siniestro	23
3.2.	Coberturas Adicionales	24
3.2.1.	Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	26
3.2.1.1.	Documentación en caso de Siniestro:	27
3.2.2.	Cirugías	28
3.2.2.1.	Documentación en caso de Siniestro:	33
3.2.3.	Fractura de Huesos por Accidente	34
3.2.3.1.	Documentación en caso de Siniestro:	36
3.2.4.	Invalidez por Accidente	37
3.2.4.1.	Documentación en caso de Siniestro:	38
3.2.5.	Parálisis de Extremidades	39
3.2.5.1.	Documentación en caso de Siniestro:	40
4.	CLÁUSULAS GENERALES	42
4.1.	<i>Tramites en caso de Siniestro</i>	42
4.2.	<i>Aviso</i>	42
4.3.	<i>Omisiones o Inexactas Declaraciones y Nulidad</i>	43
4.4.	<i>Dolo o mala fe</i>	43
4.5.	<i>Lugar y pago de Indemnización</i>	44
4.6.	<i>Indemnización por Mora</i>	44
4.7.	<i>Comunicaciones</i>	44
4.8.	<i>Modificaciones</i>	45
4.9.	<i>Primas</i>	45
4.10.	<i>Renovación Automática</i>	46
4.11.	<i>Cambio de plan</i>	47
4.12.	<i>Terminación de la Póliza</i>	48
4.13.	<i>Terminación Anticipada de la Póliza</i>	48

4.14.	Rehabilitación	49
4.15.	Edad	49
4.16.	Designación de Beneficiarios	50
4.17.	Prescripción	52
4.18.	Competencia	52
4.19.	Moneda	53
4.20.	Agravación del Riesgo	53
4.21.	Revelación de comisiones	55
4.22.	Entrega de Documentación Contractual	55
4.23.	Arbitraje Médico	56
4.24.	Uso de Medios Electrónicos	57
4.25.	Aviso de privacidad corto	57
4.26.	Liga a Cita de Perceptos Legales	57
4.27.	Carencia de Restricciones	57
4.28.	Invitación para Consultar al RECAS	58

Muestra sin valor

1. OBJETO DEL SEGURO

A través del presente seguro, **Prudential Seguros México, S.A. de C.V.** (en adelante la Compañía), emite las condiciones generales de esta Póliza, cuyo objeto es indemnizar al Asegurado por los Eventos Cubiertos, hasta por el límite de la Suma Asegurada contratada, y siempre dentro de los límites, períodos de carencia, exclusiones, restricciones y demás condiciones establecidas en las presentes condiciones generales y particulares.

2. DEFINICIONES

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

2.1. 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.

2.2. 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 Generales. Todas las lesiones sufridas como consecuencia de un mismo Accidente se considerarán como un solo Evento.

2.3. Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Para efectos del presente Contrato de Seguro, se entenderá por Actividades de la Vida Diaria (AVD) aquellas funciones básicas que permiten al Asegurado realizar actividades esenciales para su autocuidado. Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) serán las siguientes:

1. **Desplazarse:** Capacidad de moverse dentro de su vivienda o sobre una superficie plana, incluso con la ayuda de equipos adaptados (bastón, andadera, bastón cuádruple o muletas). En consecuencia, si el Asegurado es capaz de trasladarse

- utilizando dichos equipos, se considerará que puede desplazarse por sí mismo.
2. **Asearse:** Capacidad del Asegurado para bañarse o asearse por cualquier medio, manteniendo un nivel adecuado de higiene personal. Incluye la capacidad para entrar y salir del área de baño y operar los elementos necesarios para la higiene corporal. Se permite el uso de ayudas técnicas como barandales, sillas de baño o dispositivos similares. Si el Asegurado requiere ayuda únicamente para lavarse el cabello, se considerará que puede asearse por sí mismo.
 3. **Vestirse:** Capacidad del Asegurado para ponerse y quitarse por sí mismo toda la ropa necesaria, así como para manipular botones, cremalleras, cierres y, en su caso, colocarse aparatos ortopédicos, prótesis o dispositivos quirúrgicos indicados médicamente.
 4. **Alimentarse:** Capacidad del Asegurado para ingerir alimentos y bebidas una vez que estos han sido preparados y colocados a su alcance. Incluye el uso de cubiertos adaptados o utensilios asistidos. Si el Asegurado requiere ayuda únicamente para cortar los alimentos o servirse, se considerará que puede alimentarse por sí mismo.
 5. **Movilidad básica:** Capacidad para cambiar de postura corporal básica, es decir, adoptar o abandonar una posición, así como trasladarse de un lugar a otro, por ejemplo, levantarse de una silla para acostarse en una cama y viceversa. Se permite el uso de equipos adaptados; en consecuencia, si el Asegurado puede realizar dichas actividades con estos, se considerará que cuenta con movilidad básica por sí mismo.
 6. **Control de esfínteres (vejiga e intestino):** Capacidad del Asegurado para controlar las funciones vesical e intestinal o, en caso de no existir dicho control, para manejar dispositivos como sondas urinarias, bolsas de colostomía o productos para la incontinencia, manteniendo un nivel adecuado de higiene personal por sí mismo.

Falla en Actividades de la Vida Diaria (AVD): Para efectos de este Contrato de Seguro, se entenderá que existe falla en las AVD cuando el Asegurado:

1. Sea incapaz de realizar por sí mismo, aun con el uso de dispositivos de apoyo, al menos 2 (dos) de las seis Actividades de la Vida Diaria (AVD) antes definidas; y
2. Requiera la asistencia física continua de otra persona para llevar a cabo dichas actividades; y
3. Cuenten con una determinación médica que establezca que dicha incapacidad es permanente e irreversible, con una duración mínima, probable o comprobada, de 6 (seis) meses consecutivos a partir de la fecha de notificación del diagnóstico.

2.4. **Asegurado**

Persona física que, cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía, se encuentra amparada por las coberturas contratadas y señaladas en la Carátula de Póliza. El Asegurado será titular de los derechos del presente Contrato de Seguro.

2.5. Beneficiario

Persona(s) física(s) designada(s) con derecho a recibir las indemnizaciones que resulten procedentes conforme a las coberturas contratadas, en los términos y condiciones establecidos en el presente Contrato de Seguro.

La determinación del Beneficiario aplicable en cada caso se sujetará a lo dispuesto en las cláusulas específicas de cada cobertura, así como a lo establecido en la cláusula 4.16 “Designación de Beneficiarios” de estas Condiciones Generales.

2.6. Beneficiario Contingente

Persona física designada por el Asegurado para actuar en su nombre y representación exclusivamente para efectos del trámite administrativo de la reclamación, en aquellos casos en que este se encuentre material o médicamente imposibilitado para realizarlo por sí mismo, derivado de una condición de salud debidamente acreditada.

La designación del Beneficiario Contingente no le confiere derecho alguno sobre la indemnización, ni total ni parcialmente, por lo que el pago correspondiente se realizará en todos los casos únicamente a cuentas bancarias a nombre del Asegurado.

La designación del Beneficiario Contingente deberá efectuarse en el formato que para tal efecto proporcione la Compañía, el cual formará parte integrante del Contrato de Seguro.

2.7. Carátula de Póliza

Documento que forma parte integrante del Contrato de Seguro y que contiene la información y datos particulares del mismo, tales como:

1. Contratante y Asegurado,
2. Prima,
3. Vigencia del Contrato de Seguro
4. Límites y Sumas Aseguradas aplicables a cada una de las coberturas, y
5. Cualquier otra información necesaria para la adecuada identificación y operación del Contrato de Seguro.

2.8. Cirugía

Procedimiento médico realizado en un quirófano, que implica la incisión, escisión, manipulación, reparación o sutura de tejidos u órganos, y que requiere el uso de anestesia regional, general o, en su caso, Sedación Profunda asistida por un anesthesiólogo o personal médico calificado para el control del dolor.

El listado de Cirugías cubiertas por este Contrato de Seguro se especifica en el apartado 3.2.2. “Cirugías” de estas Condiciones Generales.

2.9. CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2.10. Condiciones Generales

Conjunto de cláusulas establecidas de manera unilateral por la Compañía, que regulan las disposiciones legales aplicables, así como los derechos y obligaciones de las partes y los aspectos operativos del Contrato de Seguro.

2.11. Condiciones Particulares

Conjunto de disposiciones que establecen las características específicas de las coberturas contratadas, incluyendo su alcance, limitaciones, exclusiones y demás condiciones aplicables conforme al presente Contrato de Seguro.

2.12. Contratante

Persona física o moral que solicita la celebración del Contrato de Seguro, ya sea por cuenta propia o a favor de terceros, y que asume la obligación de efectuar el pago de la Prima correspondiente.

2.13. Contrato de Seguro y/o Póliza

Acuerdo de voluntades celebrado entre el Contratante y la Compañía, que se hace constar mediante la documentación que lo integra y que contiene los términos y condiciones del seguro contratado.

Forman parte integrante del Contrato de Seguro y/o Póliza: las Condiciones Generales y Particulares, la Carátula de Póliza, la Solicitud de Seguro, los cuestionarios y declaraciones adicionales, los Endosos, los recibos de pago de la Prima, así como cualquier otro documento emitido por la Compañía en donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

2.14. 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.

2.15. 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.

2.16. 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.

2.17. 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 Contrato de Seguro.

2.18. 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.

2.19. 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.

2.20. 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 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.

2.21. Enfermedad Cubierta

Enfermedad diagnosticada al Asegurado durante la Vigencia del Contrato de Seguro por un Médico o Médico Especialista, según corresponda, cuyos efectos o gastos médicos se deriven de un Accidente Cubierto o Enfermedad, siempre que no se encuentre expresamente excluida, no se encuentre dentro del Periodo de Carencia y se encuentre expresamente amparada conforme a lo indicado en la Carátula de Póliza.

2.22. Enfermedades Preexistentes

Enfermedades que, con anterioridad al inicio de Vigencia de la Póliza, 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 Contrato de Seguro, 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

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

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities. Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

resolver la procedencia de la reclamación.

2. Que previamente a la celebración del contrato, 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 4.23. "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.

2.23. 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 a cualquier 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 para ejercer la enfermería.

2.24. 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 Sinistro conforme a las coberturas contratadas.

2.25. Exclusiones

Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por la Compañía, conforme a lo establecido expresamente en el presente Contrato de Seguro.

2.26. 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.

2.27. 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.

2.28. Hospitalización

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

Para efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como Hospitalización únicamente cuando exista registro formal de ingreso y ocupación continua de una cama hospitalaria del Asegurado por al menos un Día de Hospitalización.

2.29. Ley

Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS).

2.30. 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 para ejercer la medicina.

2.31. 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.

2.32. Periodo al Descubierta

Intervalo de tiempo durante el cual este Contrato de Seguro no se encuentra vigente, derivado de la falta de pago de la Prima o fracción correspondiente, así como de la no renovación de la Póliza.

Este periodo inicia a partir del día y la hora en que concluye el Periodo de Gracia, sin que ello constituya una extensión del mismo ni implique la continuidad de la cobertura, y termina cuando la Compañía recibe el pago completo de la Prima o de la fracción pactada, conforme a las condiciones de rehabilitación indicadas en la cláusula 4.14. de estas Condiciones Generales.

Durante el Periodo al Descubierta la Compañía no asumirá riesgo alguno, por lo que no procederán reclamaciones por Eventos Cubiertos cuyos síntomas o Diagnóstico se manifiesten en dicho periodo.

En caso de que el Periodo al Descubierta sea igual o mayor a 30 (treinta) días naturales, el Asegurado perderá la antigüedad generada con la Compañía.

2.33. Periodo de Carencia

Periodo continuo e ininterrumpido de 90 (noventa) días naturales, contado a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura correspondiente, durante el cual no procederá el pago de indemnización por los Eventos Cubiertos que se presenten, se diagnostiquen o se manifiesten dentro de dicho periodo, salvo disposición expresa en contrario establecida en el Contrato de Seguro.

La existencia, duración, condiciones y, en su caso, excepciones del Periodo de Carencia aplicable a cada cobertura serán las que se establezcan expresamente en las cláusulas específicas de dichas coberturas dentro de las Condiciones Particulares de las mismas, y cuando resulte aplicable, en la Carátula de Póliza o Endosos correspondientes.

El Periodo de Carencia no será aplicable en las renovaciones automáticas de la Póliza, siempre que la cobertura se mantenga vigente de forma continua y sin interrupciones.

2.34. Periodo de Gracia

Plazo otorgado por la Compañía al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones, en caso de haberse pactado el pago en parcialidades, e indicado en la Carátula de Póliza durante el cual el Asegurado conservará el derecho a las coberturas contratadas.

El Periodo de Gracia se contará a partir del vencimiento de la Prima o de su fracción

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.prudentialeseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities. Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

correspondiente.

En caso de que no se haya establecido expresamente este plazo en la Carátula de Póliza, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento.

Los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del Periodo de Gracia si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o de la parcialidad pactada.

2.35. Periodo máximo de beneficio por Hospitalización

Límite máximo de días por los cuales la Compañía pagará los beneficios derivados de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente.

El Periodo máximo de beneficio por Hospitalización corresponderá a 30 (treinta) días y será especificado en la Carátula de Póliza.

2.36. Periodo mínimo de Hospitalización

Periodo mínimo requerido de Hospitalización del Asegurado para tener derecho a los beneficios de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente.

El Periodo mínimo de Hospitalización se establecerá en 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas y será especificado en la Carátula de Póliza.

2.37. Plan

Conjunto de coberturas y condiciones contratadas por el Contratante, junto con sus respectivas Sumas Aseguradas, mismo que se establecerá en la Carátula de Póliza.

2.38. Prima

Cantidad que el Contratante debe pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas, misma que se establece en la Carátula de Póliza.

La Prima puede considerar derechos de Póliza y recargos por pago fraccionado, en caso de que estos apliquen.

2.39. Prima Neta No Devengada

Importe de la Prima que corresponde al riesgo puro del seguro por el periodo no transcurrido de la Vigencia de la Póliza, y que refleja la proporción de Prima asociada al riesgo de ocurrencia de las coberturas que aún no han sido devengados.

2.40. Quirófano

Área debidamente equipada dentro de un Hospital, destinada a la realización de procedimientos quirúrgicos.

2.41. Reserva Matemática

Para efectos del presente Contrato de Seguro, se entenderá por Reserva Matemática a la

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

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities. Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.

porción de Prima no devengada, sin considerar gastos de adquisición, calculada a la fecha de ocurrencia del evento.

2.42. Región Corporal

Cada una de las siguientes partes anatómicas: cabeza, cuello, abdomen, extremidades superiores, extremidades inferiores, región genital, tronco torácico, y tronco abdominal.

2.43. Sedación Profunda

Estado inducido mediante fármacos intravenosos que produce pérdida de conciencia, manteniendo funciones vitales básicas, bajo supervisión médica.

2.44. 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.

2.45. Solicitud de Seguro

Documento mediante el cual el Contratante solicita la celebración del Contrato de Seguro, proporcionando la información personal y médica necesaria para la evaluación del riesgo.

2.46. 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.

2.47. 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.

2.48. Vigencia

Periodo durante el cual este Contrato de Seguro y/o sus coberturas se mantiene en vigor, comprendido entre la Fecha de Inicio de Vigencia y la Fecha de Término de Vigencia indicadas en la Carátula de Póliza.

Cada cobertura contratada, tendrá una duración específica, la cual comienza y termina en las fechas señaladas en la Carátula de Póliza.

3. **CONDICIONES PARTICULARES**

Todas las coberturas descritas en este apartado operan con Sumas Aseguradas y Condiciones Particulares independientes. En cada caso, la responsabilidad máxima de la Compañía se limita a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza; en ningún caso la indemnización podrá exceder dicho límite.

3.1. **Cobertura Básica**

3.1.1. **Enfermedades Graves**

La Compañía se obliga a pagar, en una sola exhibición, la Suma Asegurada que corresponda conforme a los montos establecidos para cada Enfermedad Cubierta en la Carátula de Póliza, cuando durante la Vigencia de la Póliza se determine, por primera vez en la vida del Asegurado, el Diagnóstico definitivo de alguna de las Enfermedades Cubiertas.

La procedencia de cualquier indemnización que derive de esta cobertura estará sujeta al cumplimiento de lo establecido en las presentes Condiciones Particulares, así como a los términos, definiciones, requisitos y exclusiones específicos aplicables.

La cobertura de cualquier Enfermedad Cubierta iniciará una vez transcurrido un Período de Carencia contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza. Dicho Período de Carencia no será aplicable cuando la Enfermedad Cubierta derive directamente de un Accidente Cubierto.

En caso de que, durante la misma Vigencia de la Póliza, se reclame una indemnización por una Enfermedad Cubierta distinta, deberá cumplirse un nuevo Período de Carencia respecto de dicha nueva Enfermedad Cubierta.

El Diagnóstico definitivo de la Enfermedad Cubierta deberá cumplir con lo siguiente:

- a. Ser el primero en la vida del Asegurado respecto de la Enfermedad de que se trate, entendiéndose como tal aquel respecto del cual no exista antecedente de Diagnóstico, tratamiento o manifestación clínica antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza;
- b. Haber sido emitido con posterioridad al cumplimiento del Período de Carencia; y
- c. Ser realizado por un Médico Especialista, con base en criterios clínicos y prácticas médicas generalmente aceptadas.

Una vez que la Compañía haya efectuado el pago de la Suma Asegurada correspondiente, dicha Suma Asegurada se considerará agotada respecto a esa Enfermedad Cubierta, por lo que no procederá pago adicional alguno derivado de Eventos posteriores relacionados con el mismo Evento Cubierto.

El agotamiento de la cobertura para una Enfermedad Cubierta en particular no afecta la Vigencia de la Póliza ni el derecho del Asegurado a reclamar indemnizaciones respecto a las demás Enfermedades Cubiertas que no hayan sido previamente indemnizadas, las

cuales permanecerán vigentes conforme a los términos y condiciones establecidos en este Contrato de Seguro.

Si al término de la Vigencia de esta cobertura, indicada en la Carátula de Póliza, el Asegurado no hubiere sido Diagnosticado por primera vez con alguna de las Enfermedades Cubiertas, la protección otorgada por esta cobertura quedará sin efectos, cesando automáticamente todos los derechos y obligaciones derivados de la misma para ambas partes. Lo anterior, sin perjuicio de las disposiciones aplicables en materia de renovación y reinstalación de Sumas Aseguradas establecidas en las Condiciones Generales o Condiciones Particulares de cada Enfermedad Cubierta.

Las siguientes Enfermedades serán cubiertas única y exclusivamente cuando aparezcan expresamente como contratadas y señaladas en la Carátula de Póliza.

En ningún caso la Compañía será responsable de indemnizaciones por Enfermedades Preexistentes.

3.1.1.1. Cáncer

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Cáncer a la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y diseminación incontrolada de células malignas con capacidad de invasión y metástasis, incluyendo entre otra leucemia, linfomas (incluyendo la Enfermedad de Hodgkin) y tumores sólidos.

En el caso de cáncer de piel, únicamente se considerará como Enfermedad Cubierta el melanoma maligno invasivo. Quedando excluidos todos los demás tipos de cáncer de piel.

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.

Exclusiones particulares:

- a. **Cáncer in situ, así como cualquier lesión pre-maligna o no invasiva;**
- b. **Displasia, incluyendo displasia cervical (neoplasia intraepitelial cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3);**
- c. **Cáncer de piel basocelular o carcinoma de células basales, espinocelular o carcinoma de células escamosas, linfoma cutáneo, dermatofibrosarcoma o histiosarcoma maligno y carcinoma de Merkel;**
- d. **Cáncer de próstata clasificado como estadio T1 conforme al sistema “tumor, ganglios linfáticos, metástasis” (TNM) o clasificación equivalente;**
- e. **Cualquier cáncer diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de**

Vigencia de la Póliza o dentro del Periodo de Carencia, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones o complicaciones.

La Suma Asegurada correspondiente a esta Enfermedad Cubierta será reinstalada a la renovación de la Póliza, para efectos de cubrir un nuevo Diagnóstico de Cáncer, siempre que dicho Diagnóstico sea independiente y distinto al que haya dado origen a cualquier indemnización previa.

Para efectos de lo anterior, no se considera como nuevo Diagnóstico de Cáncer aquel que corresponda a recaídas, recidiva, metástasis, extensión, complicación o secuela de un cáncer previamente Diagnosticado.

3.1.1.2. Infarto Agudo al Miocardio

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.

El Infarto Agudo al Miocardio consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o de una ramificación de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el Diagnóstico definitivo sea avalado o realizado por el Médico Especialista e ir acompañado del informe médico que contenga por lo menos de 2 (dos) de los siguientes criterios que sustenten el Diagnóstico:

1. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó el cuadro del Infarto Agudo al Miocardio dentro de las 24 (veinticuatro) horas anteriores a dicha Hospitalización;
2. Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de Enfermedad cardíaca 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 cardíacas 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% debido a un ataque cardíaco medido al menos un mes después del evento.

Exclusiones particulares:

- 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 Cuidado Intensivo;**
- 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 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.

La Suma Asegurada correspondiente a esta Enfermedad Cubierta será reinstalada a la renovación de la Póliza, para efectos de cubrir un nuevo diagnóstico, siempre que dicho Diagnóstico sea independiente y distinto al que haya dado origen a cualquier indemnización previa.

Para efectos de lo anterior, no se considera como nuevo Diagnóstico aquel que corresponda a reinfarto o relacionado con el mismo Evento Cubierto previamente indemnizado, complicaciones cardiovasculares derivadas, secuelas cardiacas, extensión del infarto, procedimientos o tratamientos derivados del evento previo.

3.1.1.3. Insuficiencia Renal Crónica

Se entenderá por Insuficiencia Renal Crónica a la falla total, permanente e irreversible de ambos riñones, como consecuencia de la cual el Asegurado requiere de manera regular y permanente diálisis peritoneal, hemodiálisis o ha sido sometido a un trasplante renal.

Para que la indemnización proceda, es necesario que el primer Diagnóstico definitivo indique que está en la fase de sustitución de la función renal, que sea permanente e irreversible, sin posibilidad razonable de recuperación de la función renal y sea avalado o realizado por el Médico Especialista internista o nefrólogo e ir acompañado del informe médico y de estudios realizados que sustenten el diagnóstico tales como:

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); y
7. Ecografía abdominal

Además de que el Asegurado deberá estar en tratamiento con diálisis, hemodiálisis o en el programa de trasplante de órganos conforme a la Norma Oficial Mexicana.

Exclusiones particulares:

- 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 falla renal permanente;**
- c. **Trastornos renales que no requieran tratamiento sustitutivo permanente (diálisis o trasplante);**
- d. **Insuficiencia Renal Crónica en etapas que no correspondan a falla renal terminal, incluyendo aquellas que no requieran tratamiento sustitutivo permanente;**
- e. **Insuficiencia Renal Crónica derivada del incumplimiento deliberado del tratamiento médico indicado.**

3.1.1.4. Esclerosis Múltiple - de severidad especificada

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Esclerosis Múltiple a la Enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central, caracterizada por la presencia de una o más lesiones de desmielinización en cerebro y/o la médula espinal, demostradas mediante estudios de neuroimagen, tales como resonancia magnética (MRI) u otros métodos diagnósticos equivalentes, conforme a la práctica médica aceptada.

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

1. **Severidad neurológica:** La Enfermedad deberá haber provocado un deterioro neurológico permanente e irreversible, equivalente a un puntaje igual o mayor a 4.5 en la Expanded Disability Status Scale (EDSS), o cualquier escala clínica equivalente que la sustituya;
2. **Incapacidad funcional:** El Asegurado deberá presentar una incapacidad permanente e irreversible que le impida realizar por sí mismo al menos 2 (dos) de las 6 (seis) Actividades de la Vida Diaria (AVD), requiriendo asistencia física continua de otra persona;
3. **Confirmación diagnóstica:** El Diagnóstico definitivo deberá ser realizado por un Médico Especialista en Neurología, debiendo sustentarse en evidencia clínica y estudios diagnósticos, y habiéndose descartado de manera expresa otros Diagnósticos diferenciales, así como condiciones clínicas que puedan simular Esclerosis Múltiple.

Exclusiones particulares:

- a) **Cualquier forma de desmielinización secundaria a causas distintas a la Esclerosis Múltiple, incluyendo, de manera enunciativa más no**

- limitativa, aquellas de origen infeccioso, inflamatorio, vascular, tóxico, metabólico o inducido por medicamentos;
- b) **Trastornos neurológicos que no cumplan con los criterios de severidad e irreversibilidad establecidos en la presente cláusula;**
 - c) **Manifestaciones clínicas iniciales o formas leves de la enfermedad que no resulten en discapacidad permanente;**
 - d) **Cualquier padecimiento preexistente, así como sus recaídas, recurrencias o progresiones.**

3.1.1.5. Accidente Cerebrovascular – de severidad especificada

Se entenderá por Accidente 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 consistentes con un evento cerebrovascular;
- 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.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como déficit neurológico permanente aquel que implique un deterioro funcional significativo del sistema nervioso central que limite de manera permanente las actividades habituales del Asegurado.

Exclusiones particulares:

- 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**

preexistente.

La Suma Asegurada correspondiente a esta Enfermedad Cubierta será reinstalada a la renovación de la Póliza, para efectos de cubrir un nuevo evento, siempre que dicho evento sea independiente y distinto al que haya dado origen a cualquier indemnización previa.

Para efectos de lo anterior, no se considera como nuevo evento aquel que corresponda a recaída, re-evento relacionado en la misma región vascular, secuelas neurológicas, complicaciones médicas, Extensión o evolución del evento previamente indemnizado.

3.1.1.6. Enfermedad de Alzheimer (incluyendo Demencia Avanzada) – de severidad especificada

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Demencia Avanzada un deterioro cognitivo severo, progresivo, permanente e irreversible de la función cerebral, que afecta de manera general las capacidades intelectuales del Asegurado, incluyendo la memoria, el juicio, el pensamiento abstracto, la capacidad de raciocinio, la conducta y la personalidad.

La Demencia Avanzada podrá derivar de la Enfermedad de Alzheimer o de cualquier otro tipo de demencia.

La Enfermedad de Alzheimer se caracteriza como una Enfermedad degenerativa progresiva del cerebro, asociada a atrofia difusa de la corteza cerebral y cambios hepatológicos distintivos.

La indemnización procederá únicamente cuando se cumplan de manera conjunta las siguientes condiciones:

1. **Falla cerebral permanente:** Debe existir evidencia documentada de deterioro global, permanente e irreversible de la función cerebral, sustentada en evaluación clínica y pruebas neuropsicológicas estandarizadas, conforme a la práctica vigente;
2. **Deterioro cognitivo severo comprobado:** El deterioro cognitivo deberá estar sustentado mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas, que demuestren una afectación severa de las funciones cognitivas derivada de Demencia o Enfermedad de Alzheimer;
3. **Dependencia y necesidad de supervisión continua:** El Asegurado debe requerir supervisión continua de un tercero, con el fin de prevenir o evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas, como consecuencia directa del deterioro cognitivo;
4. **Diagnóstico especializado:** El Diagnóstico definitivo debe ser realizado y emitido por un Médico Especialista en Neurología, sustentado en evidencia clínica documentada, estudios Diagnósticos vigentes y el uso de escalas estandarizadas conforme a la práctica médica reconocida.

Exclusiones particulares:

- a) **Trastornos psiquiátricos no orgánicos, incluyendo trastornos bipolares;**

- b) Deterioro cognitivo leve, trastornos de memoria asociados a la edad o etapas iniciales de demencia que no cumplan con los criterios de severidad establecidos;
- c) Cualquier trastorno cognitivo o neurológico secundario al consumo del alcohol, drogas o sustancias tóxicas, o derivado del uso de medicamentos no prescritos por un Médico o Médico Especialista;
- d) Enfermedades o condiciones potencialmente reversibles que no resulten en deterioro permanente e irreversible de la función cerebral;
- e) Cualquier padecimiento preexistente, así como sus recaídas, recurrencias o progresiones.

3.1.1.7. *Enfermedad de Parkinson - de severidad especificada*

Se entiende por Enfermedad de Parkinson a la enfermedad neurodegenerativa, progresiva y crónica del sistema nervioso central, caracterizada por la degeneración de células nerviosas en áreas específicas del cerebro, lo que ocasiona una disminución en los niveles de dopamina y produce alteraciones motoras y funcionales.

Para efectos de esta Póliza, la indemnización por esta Enfermedad procederá exclusivamente cuando se cumplan de manera conjunta los siguientes criterios:

- a) **Progresión de la Enfermedad:** La Enfermedad debe ser de carácter progresivo, entendiéndose por tal que los síntomas empeoran de manera continua a lo largo del tiempo, sin posibilidad de reversibilidad;
- b) **Disfunción neurológica con incapacidad funcional:** La Enfermedad debe haber provocado una disfunción neurológica que resulte en la incapacidad permanente e irreversible del Asegurado para realizar, por sí mismo, al menos 2 (dos) de las 6 (seis) Actividades de la Vida Diaria (AVD), aun con el uso de dispositivos de apoyo, requiriendo asistencia física continua de otra persona;
- c) **Confirmación diagnóstica especializada:** El Diagnóstico definitivo de síndrome de Parkinson idiopático deberá ser realizado y emitido por un Médico Especialista en Neurología, con base en criterios clínicos reconocidos internacionalmente, debiendo descartarse de manera expresa todos los Diagnósticos diferenciales posibles.

Exclusiones particulares:

- a) **Síndromes parkinsonianos atípicos, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa: parálisis supranuclear progresiva, atrofia multisistémica, degeneración cortico basal y enfermedad de cuerpos de Lewy;**
- b) **Parkinsonismos secundarios, incluyendo aquellos originados por medicamentos (antipsicóticos, metoclopramida, cinarizina, amiodarona, litio, entre otros), sustancias tóxicas, drogas o abuso de alcohol;**
- c) **Trastornos neurológicos que no cumplan con los criterios de progresión, severidad e irreversibilidad establecidos en las presentes**

condiciones particulares;

- d) **Cualquier padecimiento preexistente, así como sus recaídas, recurrencias o progresiones.**

3.1.2. 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 la Enfermedad Cubierta reclamada, con el fin de determinar las circunstancias de su origen, evolución y consecuencias.

Documentación requerida:

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, conforme a lo previsto en la presente Póliza.
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 tratante, que incluya al menos:
 - a. Nombre completo del paciente (Asegurado);
 - b. Diagnóstico definitivo de la Enfermedad Cubierta;
 - c. Evolución del padecimiento;
 - d. Número de cédula profesional y, en su caso, de especialidad;
 - e. Firma del Médico o Médico Especialista tratante.
3. Expediente clínico completo o, en su caso, la información médica suficiente que lo integre, conforme a la normativa aplicable, que sustente el diagnóstico de la Enfermedad Cubierta, incluyendo estudios de laboratorio, estudios de gabinete, imagenología, reportes de patología o histopatología y demás elementos médicos congruentes con la práctica médica.
4. Identificación oficial vigente del Asegurado, Beneficiario Contingente, en su caso, o del Beneficiario, con fotografía y firma.
5. 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.
6. 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.

La Compañía tendrá derecho, en cualquier momento, a:

- a. Solicitar información adicional o documentación complementaria que considere necesaria para la adecuada evaluación del Siniestro;

- 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, 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, el cual faculta a la Compañía para exigir del Asegurado, Beneficiario o Beneficiario Contingente toda clase de información relativa al Siniestro y las circunstancias que puedan influir en la determinación de su procedencia.

3.2. Coberturas Adicionales

Las coberturas que aparecen en esta sección son opcionales y se podrán otorgar con el pago de una Prima adicional. Dichas coberturas únicamente podrán cubrirse siempre y cuando aparezcan expresamente señaladas como amparadas en la Carátula de Póliza correspondiente, **en caso de no aparecer indicadas, la Compañía no tendrá obligación alguna en cuanto a ellas para con el Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios, según corresponda.**

En caso de ocurrencia de un Siniestro, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada estipulada para cada una de las coberturas adicionales contratadas con independencia de la cobertura básica que se hayan contratado.

Exclusiones generales aplicables a las coberturas adicionales:

- **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 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 de la Póliza 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 con participación del Asegurado.

- Lesiones a consecuencia de la participación del Asegurado en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.
- Cualquier intervención quirúrgica debido a un acto intencional o autoinfligido, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 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 o Deporte de Alto Riesgo que se practique de manera profesional, amateur y/u ocasional.
- Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
- 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.
- La práctica de Deportes de Alto Riesgo o Deporte Profesional.
- 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 sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.

Si al término de la Vigencia de cualquier Cobertura Adicional contratada, indicada en la Carátula de Póliza, el Asegurado no hubiere sufrido un Evento Cubierto, la protección otorgada quedará sin efectos, cesando automáticamente todos los derechos y obligaciones derivados de la misma para ambas partes. Lo anterior, sin perjuicio de las disposiciones aplicables en materia de renovación y reinstalación de Sumas Aseguradas establecidas en las Condiciones Generales o Condiciones Particulares de cada Cobertura Adicional contratada.

3.2.1. Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza por cada Día de Hospitalización cuando, durante la Vigencia de la Póliza, éste sufra un Accidente Cubierto y, como consecuencia directa del mismo o dentro de los 90 (noventa) días posteriores a él, se genere al menos un Día de Hospitalización conforme a la definición establecida en estas Condiciones Generales.

El pago de la Renta Diaria por Hospitalización por Accidente se realizará por cada Día de Hospitalización efectivamente incurrido, conforme al monto señalado en la Carátula de Póliza, una vez cumplido el Período mínimo de Hospitalización definido en estas Condiciones Generales y establecido en la Carátula de Póliza.

La indemnización se otorgará hasta el Periodo máximo de beneficio por Hospitalización establecido en la Carátula de la Póliza, mismo que corresponderá a 30 (treinta) días.

Esta cobertura únicamente será pagadera por un solo Evento Cubierto durante cada año de Vigencia de la cobertura. Para efectos de esta cobertura, se considerará como un mismo Evento Cubierto toda Hospitalización derivada de un mismo Accidente Cubierto. Cualquier reingreso hospitalario por el mismo Accidente Cubierto que haya dado origen a un pago previo, se considerará continuación del anterior, siempre que ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes al Accidente Cubierto y sin que se haya agotado el Período máximo de beneficio por Hospitalización.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante una Hospitalización por un Accidente Cubierto, se pagarán a los Beneficiarios los Días de Hospitalización efectivamente transcurridos hasta la fecha de su fallecimiento, conforme a lo dispuesto en la cláusula de 4.16. "Designación de Beneficiarios" de estas Condiciones Generales.

Exclusiones particulares:

Esta cobertura no cubrirá eventos cuando la Hospitalización sea consecuencia directa o indirecta de:

- **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;**
- **Enfermedades o padecimientos que no sean originados por un Accidente Cubierto;**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas realizadas con el propósito de investigación o examinación que no sean médicamente necesarias para la valoración de la salud del asegurado como consecuencia del Accidente Cubierto;**

- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico que no sea derivado del Accidente cubierto;**
- **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.**

La Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura será reinstalada a la renovación de la Póliza, para efectos de cubrir un nuevo evento, siempre que dicho evento sea independiente y distinto al que haya dado origen a cualquier indemnización previa.

Para efectos de lo anterior, no se considera como nuevo evento aquel que corresponda a un reingreso hospitalario por un Accidente Cubierto previamente indemnizado.

3.2.1.1. Documentación en caso de Siniestro:

Para el pago de la indemnización, será necesario que se presente a la Compañía la siguiente documentación:

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, conforme a lo previsto en la presente Póliza.
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 tratante, que incluya al menos:
 - a. Nombre completo del paciente (Asegurado);
 - b. Diagnóstico definitivo;
 - c. Evolución del padecimiento;
 - d. Tratamiento indicado;
 - e. Número de cédula profesional y, en su caso, de especialidad;
 - f. Firma del Médico o Médico Especialista tratante.
3. Expediente clínico completo o, en su caso, la información médica suficiente que lo integre, conforme a la normatividad aplicable, que sustente la Hospitalización derivada del Accidente, incluyendo notas médicas, registro de ingreso y egreso, estudios clínicos, estudios de gabinete y demás elementos médicos congruentes con la práctica médica.
4. Constancia de Hospitalización que indique fecha y hora de ingreso y egreso, emitida y firmada por el Hospital o institución de salud correspondiente.
5. Identificación oficial vigente del Asegurado, Beneficiario Contingente, en su caso, o del Beneficiario, con fotografía y firma.
6. 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.
7. 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.

8. Factura emitida por el Hospital derivada del evento que se reclama, con desglose de gastos generados por la Hospitalización, en caso de aplicar.
9. La Compañía podrá requerir cualquier otra documentación adicional que resulte necesaria y guarde relación directa con la evaluación del Siniestro.

Documentación adicional en caso de fallecimiento del Asegurado durante la Hospitalización:

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario designado o en su caso quien resulte Beneficiario conforme a lo establecido en la cláusula 4.16 "Designación de Beneficiarios" de estas Condiciones Generales, deberá presentar, además de la información anterior:

1. Certificado de defunción del Asegurado.
2. Acta de defunción del Asegurado, únicamente en caso de contar con ella.

3.2.2. Cirugías

La Compañía pagará al Asegurado, en una sola exhibición, la indemnización correspondiente por cada Cirugía cubierta a la que sea sometido durante la Vigencia de esta cobertura, siempre que:

- a) Haya transcurrido el Periodo de Carencia;
- b) La Cirugía se encuentre expresamente listada en estas Condiciones Particulares; y
- c) Sea consecuencia directa de una Enfermedad Diagnosticada o de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de esta Cobertura, conforme a lo señalado en la Carátula de Póliza.

El monto de indemnización correspondiente a cada Cirugía se determinará conforme al grupo asignado a dicha Cirugía en el listado de Cirugías cubiertas, establecido en estas Condiciones Particulares.

Para determinar dicho monto, se aplicará el porcentaje de indemnización correspondiente a ese grupo, conforme a la siguiente tabla, sobre la Suma Asegurada de esta cobertura indicada en la Carátula de la Póliza:

Grupo	Porcentaje de indemnización
1	100%
2	80%
3	50%
4	30%
5	10%

El pago total de indemnizaciones por Cirugías cubiertas no podrá exceder el 100% de la

Suma Asegurada contratada para esta cobertura durante la Vigencia de la cobertura.

En caso de que el Asegurado agote la Suma Asegurada durante la Vigencia, la obligación de la Compañía se restablecerá en la siguiente renovación automática, siempre y cuando la Póliza se encuentre Vigente y no exista adeudo por concepto de Primas o la fracción correspondiente, una vez concluido el Periodo de Gracia.

La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación únicamente para Cirugías derivadas de padecimientos distintos a aquellos previamente indemnizados; es decir, en ningún caso la Compañía cubrirá Cirugías relacionadas con recaídas, recurrencias, complicaciones, secuelas, tratamientos complementarios o procedimientos derivados del mismo Diagnóstico.

Si durante el plazo de Vigencia de esta Cobertura, señalado en la Carátula de la Póliza, el Asegurado no ha sido sometido a alguna Cirugía cubierta, la protección por esta Cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía, al concluir dicha Vigencia.

Listado de Cirugías cubiertas:

ID	Cirugía	Grupo	Porcentaje de Indemnización
1	Escisión de pulmón	1	100%
2	Escisión total del estómago	1	100%
3	Escisión parcial del estómago	1	100%
4	Reemplazo de arteria coronaria mediante injerto de vena safena	1	100%
5	Otro reemplazo autólogo de arteria coronaria	1	100%
6	Reemplazo autólogo de arteria coronaria	1	100%
7	Reemplazo prostético de arteria coronaria	1	100%
8	Otro reemplazo de arteria coronaria	1	100%
9	Conexión de arteria torácica a arteria coronaria	1	100%
10	Otra derivación de arteria coronaria	1	100%
11	Reparación de arteria coronaria	1	100%
12	Otras operaciones abiertas de la arteria coronaria	1	100%
13	Angioplastia con balón transluminal de la arteria coronaria	1	100%
14	Escisión total del riñón	1	100%

ID	Cirugía	Grupo	Porcentaje de Indemnización
15	Escisión total de la glándula mamaria	2	80%
16	Escisión del ojo	2	80%
17	Escisión parcial de tráquea	2	80%

18	Colocación abierta de prótesis en la tráquea	2	80%
19	Exteriorización de la tráquea	2	80%
20	Extirpación parcial de bronquio	2	80%
21	Escisión del duodeno	2	80%
22	Escisión del yeyuno	2	80%
23	Escisión total de colon y recto	2	80%
24	Escisión total de colon	2	80%
25	Escisión extendida de hemicolon derecho	2	80%
26	Otra escisión del hemicolon derecho	2	80%
27	Escisión del hemicolon izquierdo	2	80%
28	Escisión del colon transverso	2	80%
29	Escisión del colon sigmoide	2	80%
30	Otra Escisión del colon	2	80%
31	Escisión del recto	2	80%
32	Sistema de marcapaso cardiaco introducido a través de la vena	2	80%
33	Otro sistema de marcapaso cardiaco	2	80%
34	Escisión abierta de la próstata	2	80%
35	Otras operaciones terapéuticas endoscópicas de la próstata	2	80%

ID	Cirugía	Grupo	Porcentaje de indemnización
36	Escisión de glándula tiroides	3	50%
37	Reconstrucción de la glándula mamaria	3	50%
38	Prótesis de la glándula mamaria	3	50%
39	Otras operaciones plásticas de la glándula mamaria	3	50%
40	Extracción extracapsular del lente	3	50%
41	Extracción intracapsular del lente	3	50%
42	Otra extracción del lente	3	50%
43	Fotocoagulación de la retina por desprendimiento	3	50%
44	Escisión de faringe	3	50%
45	Reparación de faringe	3	50%
46	Escisión de laringe	3	50%
47	Reconstrucción de laringe	3	50%
48	Extirpación abierta de lesión del duodeno	3	50%
49	Operaciones en úlcera del duodeno	3	50%
50	Extirpación de lesión en el yeyuno	3	50%
51	Apertura artificial en el yeyuno	3	50%
52	Escisión bilateral de los testículos	3	50%

53	Otra Escisión de testículo	3	50%
----	----------------------------	---	-----

ID	Cirugía	Grupo	Porcentaje de indemnización
54	Reparación de membrana timpánica	4	30%
55	Operaciones en el antro maxilar con abordaje sublabial	4	30%
56	Otras operaciones en el antro maxilar	4	30%
57	Operaciones en el seno frontal	4	30%
58	Operaciones en seno esfenoidal	4	30%
59	Operaciones en seno nasal no especificado	4	30%
60	Apertura artificial en el estómago	4	30%
61	Amputación de brazo	4	30%
62	Amputación de pierna	4	30%

ID	Cirugía	Grupo	Porcentaje de Indemnización
63	Otra Escisión de la glándula mamaria	5	10%
64	Extirpación de lesión de la córnea	5	10%
65	Operaciones plásticas en la córnea	5	10%
66	Cierre de la córnea	5	10%
67	Remoción de cuerpo extraño de la córnea	5	10%
68	Incisión de la córnea	5	10%
69	otras operaciones en la córnea	5	10%
70	Escisión de emergencia del apéndice	5	10%
71	Otras escisiones del apéndice	5	10%
72	Otras operaciones del apéndice	5	10%
73	Escisión de la vesícula biliar	5	10%
74	Cateterismo cardíaco	5	10%
75	Escisión de cuello uterino	5	10%
76	Escisión abdominal del útero	5	10%
77	Escisión vaginal del útero	5	10%
78	Escisión bilateral de anexos del útero	5	10%
79	Escisión unilateral de anexos del útero	5	10%
80	Otra Escisión de anexos del útero	5	10%
81	Escisión parcial de la trompa de Falopio	5	10%
82	Escisión parcial de ovario	5	10%
83	Reparación primaria de hernia inguinal	5	10%
84	Reparación primaria de hernia femoral	5	10%

85	Reparación primaria de hernia incisional	5	10%
86	Reparación de otra hernia de la pared abdominal	5	10%
87	Amputación de mano	5	10%
88	Amputación de pie	5	10%

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 de condiciones por las que el Asegurado recibió tratamiento o haya sido aconsejado para recibir tratamiento o haya tenido conocimiento de la necesidad de la cirugía 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 Cirugías 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.
- Cirugías por aborto y resultados de aborto.
- Corrección de defectos de refracción visual, como miopía, hipermetropía o astigmatismo.
- 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.
- Exámenes dentales, extracciones y cuidados dentales de todo tipo a excepción de los que sean a consecuencia directa de un 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.**
- **Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio nacional por más de 13 (trece) semanas consecutivas).**
- **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.**
- **Durante los 9 (nueve) primeros meses de vigencia de la presente Cobertura no serán cubiertas las Cirugías relacionadas con hernias abdominales e inguinales, amígdalas y adenoides.**

La Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura será reinstalada a la renovación de la Póliza, para efectos de cubrir una nueva Cirugía, siempre que dicha intervención sea independiente y distinta de aquella que haya dado origen a cualquier indemnización previa.

Para efectos de lo anterior, no se considera como una nueva Cirugía Cubierta aquella que corresponda a una recaída del padecimiento previamente indemnizado ni a las Cirugías derivadas de complicaciones relacionadas con dicho evento inicial.

3.2.2.1. Documentación en caso de Siniestro:

La evidencia sobre la realización de cualquiera de las Cirugías amparadas bajo esta cobertura deberá estar sustentada por:

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, conforme a lo previsto en la presente Póliza.
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 tratante o Médico Especialista, que incluya al menos:
 - a. Nombre completo del paciente (Asegurado);
 - b. Diagnóstico definitivo;
 - c. Fecha de inicio de signos y síntomas del padecimiento;
 - d. Descripción del procedimiento quirúrgico practicado;
 - e. Evolución del padecimiento;
 - f. Tratamiento indicado;
 - g. Número de cédula profesional y, en su caso, de especialidad;
 - h. Firma del Médico o Médico Especialista tratante.
3. Expediente clínico completo o, en su caso, la información médica suficiente que lo integre, conforme a la normatividad aplicable, que sustente el padecimiento y la cirugía realizada, incluyendo notas médicas, reporte quirúrgico, estudios clínicos, estudios de gabinete y demás elementos médicos congruentes con la práctica médica.
4. Documento emitido por el Hospital o institución de salud que acredite la realización

de la Cirugía, señalando al menos la fecha del procedimiento y, en su caso, la fecha de ingreso y egreso.

5. Factura emitida por el Hospital o institución de salud derivada del evento que se reclama, con desglose de gastos relacionados con la Cirugía, en caso de aplicar.
6. Identificación oficial vigente del Asegurado, Beneficiario Contingente, en su caso, o del Beneficiario, con fotografía y firma.
7. 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.
8. 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.
9. La Compañía podrá requerir cualquier otra documentación adicional que resulte necesaria y guarde relación directa con la evaluación del Siniestro.
10. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el Médico o Médico Especialista que ésta designe, y de hacer las investigaciones pertinentes con los Médicos tratantes y el Hospital utilizado.

3.2.3. Fractura de Huesos por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza, la Compañía indemnizará al Asegurado si sufre una o varias Fracturas óseas simultáneas cubiertas a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la cobertura.

Para efectos de lo anterior, las Fracturas deberán encontrarse debidamente Diagnosticadas y acreditadas mediante estudios y evidencia médica dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente Cubierto.

En caso de Fracturas simultáneas, se pagará el monto procedente para cada Fractura sin que el total exceda al 100% Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

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

Localización de la Fractura Accidental	% Suma Asegurada
Cuello	100%
Cadera, pelvis	90%
Cráneo	80%
Fémur, tarso, húmero	70%
Tobillo, tibia o peroné, codo, escápula	60%
Maxilar inferior, clavícula	50%
Cúbito, radio, muñeca	40%
Vértebras	30%
Esternón, patela, hueso malar	20%
Mano (excluyendo el evento de un	10%

solo dedo) o pie (excluyendo el evento de un solo dedo)	
----------------------------------------------------------------	--

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

Localización de Fractura	CIE-10
Cuello	S120- S122, S127
Cadera, pelvis	S321-S325, S327
Cráneo	S020, S021, S023, S027, S028
Fémur, tarso, húmero	S422-S424, S427, S720-S724, S727, S728, S920-S922
Tobillo, tibia o peroné, codo, escápula	S421, S520, S521, S821-S826
Maxilar inferior, clavícula	S026, S420
Cúbito, radio, muñeca	S522-S526, S620, S621
Vértebra	M484, S220, S221, S320
Esternón, patela, hueso malar	S024, S222, S228, S820
Mano (excluyendo el evento de un solo dedo)	S622-S624, S923, S627, S925
Pie (excluyendo el evento de un solo dedo)	

Exclusiones particulares:

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

- Se excluyen las fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o Fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de Fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.
- Fracturas producidas como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.
- Fracturas patológicas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo).
- Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.
- Padecimientos preexistentes que después generen Fracturas.
- Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos,

estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.

- **Fracturas que sean efecto directo, total o parcial, de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.**

La Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura será reinstalada a la renovación de la Póliza, para efectos de cubrir una nueva Fractura, siempre que dicho evento sea independiente y haya sido originado por un Accidente Cubierto distinto de aquel que haya dado origen a cualquier indemnización previa.

Para efectos de lo anterior, no se considera como un nuevo evento aquella Fractura que corresponda a una recaída, secuela o complicación relacionadas con una Fractura previamente indemnizadas.

3.2.3.1. Documentación en caso de Siniestro:

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, conforme a lo previsto en la presente Póliza.
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 tratante o Médico Especialista, que incluya al menos:
 - a. Nombre completo del paciente (Asegurado);
 - b. Diagnóstico de la(s) Fractura(s);
 - c. Fecha del Accidente que originó la lesión;
 - d. Descripción del mecanismo de lesión;
 - e. Evolución de la Fractura;
 - f. Tratamiento recibido;
 - g. En su caso, complicaciones o secuelas;
 - h. Número de cédula profesional y, en su caso, de especialidad;
 - i. Firma del Médico o Médico Especialista tratante.
3. Expediente clínico completo o, en su caso, la información médica suficiente que lo integre, conforme a la normatividad aplicable, que sustente la Fractura derivada del Accidente, incluyendo notas médicas, estudios de imagen (radiografías, tomografías u otros), interpretaciones, reportes clínicos y demás elementos médicos congruentes con la práctica médica.
4. Identificación oficial vigente del Asegurado, Beneficiario Contingente, en su caso, o del Beneficiario, con fotografía y firma.
5. 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.
6. 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.

La Compañía podrá requerir cualquier otra documentación adicional que resulte necesaria y guarde relación directa con la evaluación del Siniestro.

3.2.4. Invalidez por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza, la Compañía indemnizará al Asegurado, en una sola exhibición, la Suma Asegurada correspondiente para esta cobertura e indicada en la Carátula de Póliza, en caso de que el Asegurado sufra una invalidez total y permanente derivada de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la cobertura, y que sea dictaminada por Médico Especialista en la materia.

Para efectos de esta cobertura, se reconoce que los Asegurados pueden o no contar con una fuente activa de ingresos al momento del Siniestro, por lo que la indemnización se otorgará bajo las siguientes modalidades:

1. **Asegurados con actividad económica activa.** En este caso se considerará invalidez total y permanente aquella condición irreversible del Asegurado que le impida desempeñar cualquier trabajo remunerativo, ocupación o actividad acorde con sus conocimientos, aptitudes, experiencia y/o facultades físicas o intelectuales, de forma total y definitiva. Dicha invalidez deberá ser dictaminada como tal por una institución pública de salud o privada de salud, por un Médico Especialista en medicina del trabajo y esté soportada por estudios clínicos, de gabinete, exploración y vigilancia física; y demás elementos que resulten necesarios para acreditar el Diagnóstico.
2. **Asegurados sin actividad económica activa.** Se entenderá que el Asegurado se encuentra en un estado de invalidez total y permanente cuando el Asegurado presente:
 1. Falla en al menos 2 (dos) de las 6 (seis) Actividades de la Vida Diaria (AVD) definidas en el apartado 2.3. de estas Condiciones Generales;
 2. Requiera asistencia física continua de otras personas para la realización de dichas actividades; y
 3. Dicha condición sea determinada mediante un Diagnóstico definitivo, el cual indique que esta condición es permanente e irreversible.

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

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

La condición de actividad generadora de ingresos será determinada con base en la información declarada por el Asegurado y/o validada por la Compañía al momento del Siniestro.

La Compañía podrá, en términos de estas Condiciones Generales, solicitar la valoración

del Asegurado por un Médico Especialista designado por la misma, con el objeto exclusivo de confirmar el cumplimiento de los criterios establecidos para esta cobertura. En caso de que la Compañía determine la improcedencia de la reclamación, deberá hacerlo con base en un dictamen emitido por un Médico Especialista en la materia.

Si el Accidente que provoque el estado de invalidez puede ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, podrá declinarse el Siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

Una vez pagada la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, la misma se considerará agotada, sin reinstalación en renovaciones posteriores.

Exclusiones particulares:

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

- Invalidez que no derive directa e inequívocamente de un Accidente Cubierto;
- Invalidez derivada de Enfermedades, padecimientos médicos o condiciones de salud;
- Secuelas, complicaciones o agravaciones de padecimientos preexistentes;
- Invalidez parcial, temporal o susceptible de mejoría, así como cualquier condición que no haya sido Diagnosticada como permanente e irreversible;
- Agravamiento o falta de recuperación derivada del incumplimiento del tratamiento médico indicado por un Médico.

3.2.4.1. Documentación en caso de Siniestro:

1. Formato de reclamación, denominado “Declaración para trámite de Siniestro”, debidamente llenado y firmado por el Asegurado o, en su caso, por el Beneficiario Contingente, conforme a lo previsto en la presente Póliza.
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 tratante o Médico Especialista, que incluya al menos:
 - a. Nombre completo del paciente (Asegurado);
 - b. Diagnóstico definitivo;
 - c. Fecha del Accidente que dio origen al estado de invalidez;
 - d. Evolución del padecimiento;
 - e. Tratamiento recibido;
 - f. Descripción de las limitaciones funcionales;
 - g. En su caso, evaluación de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) afectadas;
 - h. Número de cédula profesional y, en su caso, de especialidad;

- i. Firma del Médico o Médico Especialista tratante.
3. Dictamen de invalidez total y permanente emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o por alguna institución pública de seguridad social, cuando aplique conforme a la actividad económica del Asegurado.
4. En caso de no contar con el dictamen mencionado en el numeral anterior, el Asegurado y/o Beneficiario Contingente podrá presentar un dictamen emitido por un Médico Especialista en medicina del trabajo, debidamente certificado conforme a la normatividad aplicable, sin relación consanguínea con el Asegurado hasta el 2do grado.
5. Estudios y exámenes practicados que acrediten el estado de invalidez total y permanente y, en su caso, la imposibilidad permanente e irreversible del Asegurado para realizar al menos 2 (dos) de las 6 (seis) Actividades de la Vida Diaria (AVD), cuando aplique.
6. Identificación oficial vigente del Asegurado, Beneficiario Contingente, en su caso, o del Beneficiario, con fotografía y firma.
7. 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.
8. 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.
9. La Compañía podrá requerir cualquier otra documentación adicional que resulte necesaria y guarde relación directa con la evaluación del Siniestro.

Sólo en aquellos casos en que se requiera de información y/o documentación adicional para comprobar las circunstancias de la realización y las consecuencias del Siniestro, la Compañía podrá solicitarla al Asegurado, Beneficiario Contingente y/o Beneficiarios, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley.

3.2.5. Parálisis de Extremidades

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura cuando, durante la Vigencia de la Póliza, se confirme el primer Diagnóstico definitivo de parálisis de alguna extremidad anatómica del Asegurado a causa de un Accidente Cubierto.

Para efectos de esta Cobertura, se entenderá por Parálisis de Extremidades la pérdida total y permanente de la función motora de alguna extremidad anatómica (superior y/o inferior), que cumpla con los siguientes criterios:

1. Fuerza muscular 0/5 en la escala del Medical Research Council (MRC) o equivalente clínico;
2. Ausencia total de contracciones voluntarias, sin recuperación funcional después de un periodo continuo mínimo de 90 (noventa) días naturales desde el inicio del déficit,
3. Confirmación del Médico Especialista (neurología o rama afín), sustentada mediante historia clínica, exploración neurológica, con estudios de imagen y/o pruebas neurofisiológicas, cuando proceda.

Exclusiones particulares:

Esta cobertura no será indemnizada en caso de:

- Paresias, debilidad o pérdida parciales de la función motora de la extremidad.
- Parálisis transitorias o reversibles.
- Parálisis a causa de Enfermedades incluyendo enfermedades neuromusculares degenerativas.
- Anquilosis, artritis o enfermedades articulares.
- Parálisis preexistentes.
- Pérdidas funcionales parciales, transitorias o susceptibles de rehabilitación mediante procedimientos médicos reconocidos.
- Parálisis a consecuencia de padecimientos congénitos y degenerativos, infecciosos o metabólicos.
- Parálisis originadas o agravadas por Enfermedades o Accidentes Preexistentes.
- Trastornos neurológicos o funcionales que no tengan una causa orgánica comprobable mediante evidencia clínica, estudios de imagen o pruebas neurofisiológicas.
- Parálisis derivadas del incumplimiento del tratamiento médico indicado por un Médico o Médico Especialista.

La Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura será reinstalada a la renovación de la Póliza, para efectos de cubrir un nuevo evento de parálisis de extremidades, siempre que dicho evento sea independiente y haya sido originado por un Accidente Cubierto distinto de aquel que haya dado origen a cualquier indemnización previa.

Para efectos de lo anterior, no se considera como un nuevo evento aquella parálisis que corresponda a una recaída, agravación, secuela o complicación relacionadas con un Accidente Cubierto previamente indemnizado, ni las manifestaciones clínicas o tratamientos relacionados con el mismo.

3.2.5.1. Documentación en caso de Siniestro:

1. Formato de reclamación, denominado "Declaración para trámite de Siniestro", debidamente llenado y firmado por el Asegurado o, en su caso, por el Beneficiario Contingente, conforme a lo previsto en la presente Póliza.
2. Informe médico emitido por un Médico Especialista en neurología o especialidad afín, ya sea mediante el formato denominado "Declaración del Médico para trámite de Siniestro" o a través de un resumen clínico, que incluya al menos:
 - a. Nombre completo del paciente (Asegurado);
 - b. Diagnóstico definitivo de parálisis de la(s) extremidad(es) afectada(s);
 - c. Fecha de inicio del déficit neurológico;
 - d. Descripción del evento que dio origen a la parálisis, en su caso;

- e. Evolución clínica detallada;
 - f. Determinación expresa de que la pérdida funcional es total e irreversible;
 - g. Resultados de la valoración de fuerza muscular (escala Medical Research Council 0/5 o equivalente);
 - h. Número de cédula profesional y, en su caso, de especialidad;
 - i. Firma del Médico o Médico Especialista tratante.
3. Expediente clínico completo o, en su caso, la información médica suficiente que lo integre, conforme a la normatividad aplicable, que sustente el diagnóstico de parálisis, incluyendo notas médicas, evolución hospitalaria, estudios de imagen (resonancia magnética, tomografía u otros), estudios neurofisiológicos, resultados de laboratorio y demás elementos médicos congruentes con la práctica médica.
 4. Estudios de gabinete y pruebas diagnósticas que acrediten de forma objetiva la existencia y localización del daño neurológico, incluyendo, según corresponda, resonancia magnética, tomografía computarizada, electromiografía o estudios de conducción nerviosa.
 5. Identificación oficial vigente del Asegurado y/o Beneficiario Contingente, con fotografía y firma.
 6. Comprobante de domicilio del Asegurado y/o del Beneficiario Contingente, según sea el caso, con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses a la fecha de la presentación del Siniestro.
 7. Estado de cuenta bancario a nombre del Asegurado o, con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses a la fecha de presentación del Siniestro, para efectos del pago correspondiente.
 8. La Compañía podrá requerir cualquier otra documentación adicional que resulte necesaria y guarde relación directa con la evaluación del Siniestro.

4. CLÁUSULAS GENERALES

4.1. *Tramites en caso de Siniestro*

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

Cuando el Asegurado no pueda realizarlo por cuenta propia, el trámite podrá ser llevado a cabo, para efectos exclusivamente administrativos, por el Beneficiario Contingente designado conforme a lo establecido en el numeral 2.6 de estas Condiciones Generales, en caso de no haberse designado al Beneficiario Contingente, los trámites relacionados con las reclamaciones podrán ser llevados a cabo por cualquiera de las siguientes personas, en el orden que a continuación se señala:

- a. El cónyuge del Asegurado;
- b. A falta de este, cualquiera de los hijos del Asegurado;
- c. A falta de estos, 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.

En caso de fallecimiento del Asegurado posterior a la realización del Evento Cubierto, el trámite de la reclamación deberá ser realizado por el(los) Beneficiario(s) que tengan derecho conforme a la cláusula 4.16 "Designación de Beneficiarios", quienes serán, asimismo, los únicos facultados para recibir el pago de la indemnización correspondiente, en cuyo caso, además de los documentos señalados en las Condiciones Particulares de la cobertura a reclamar, se deberá presentar:

1. Identificación oficial vigente del(los) Beneficiario(s) designado(s) con firma y fotografía.
2. Certificado de defunción del Asegurado.
3. Acta de defunción del Asegurado, únicamente en caso de contar con ella.
4. Comprobante de domicilio del(los) Beneficiario(s), con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses a la fecha de la presentación del Siniestro.
5. Estado de cuenta bancario a nombre del(los) Beneficiario(s), con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses a la fecha de presentación del Siniestro, para efectos del pago correspondiente.

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) designados, aun cuando el trámite haya sido realizado por el Beneficiario Contingente o por alguno de los representantes señalados en esta cláusula.

4.2. *Aviso*

Es obligación del Asegurado o en su caso del (de los) Beneficiario(s), dar aviso por escrito

a la Compañía, en el curso de los primeros 5 (cinco) días naturales siguientes a la fecha en que tengan conocimiento del derecho constituido a su favor por la realización de algún Siniestro que pudiera ser motivo del pago de la Suma Asegurada, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones de este contrato, si el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del Siniestro (Artículo 68 de la Ley).

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o del (de los) Beneficiario(s) toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este (Artículo 69 de la Ley).

4.3. Omisiones o Inexactas Declaraciones y Nulidad

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

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aún y cuando éstos no hayan influido en la realización del Siniestro (Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley).

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado y/o Beneficiarios, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, el Asegurado o Beneficiarios no remitan en tiempo la documentación o información que, en su caso, la Compañía solicite sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este. Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el Artículo 70 de la Ley.

El Contrato de Seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el Siniestro ya se hubiere realizado, el Contratante que conozca esta circunstancia perderá el derecho a la restitución de las Primas ya pagadas a la Compañía y estará obligado al reembolso de los gastos generados por ésta última, de conformidad con lo establecido en el Artículo 45 de la Ley.

4.4. Dolo o mala fe

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

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

4.5. Lugar y pago de Indemnización

El pago del Siniestro que resulte procedente sobre cualquiera de las coberturas contratadas será realizado en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, toda vez que el artículo 71 de la Ley ordena que se haga dentro de ese plazo.

Cuando la prima o fracción correspondiente se encuentre vencida y no pagada, pero dentro del término máximo para realizar su pago, la prima o la fracción correspondiente se descontará de la indemnización a que la Compañía tenga obligación de pago.

La Suma Asegurada correspondiente a la reclamación será liquidada al Asegurado o a su(s) Beneficiario(s), según sea el caso, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en las presentes Condiciones Generales para la cobertura de la que se trate.

4.6. Indemnización por Mora

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

4.7. Comunicaciones

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

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado o a sus causahabientes podrán hacerse: (i) por escrito al último domicilio señalado por el Contratante para tal efecto; y/o (ii) por correo electrónico (a la dirección de correo electrónico que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía) y/o (iii) vía telefónica (al número telefónico fijo o móvil que el Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía).

En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico o vía telefónica, dichas notificaciones se tendrán como válidas para todos los efectos legales a los que haya lugar en términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas con relación en el CAPÍTULO 4.10. DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA LA CONTRATACIÓN DE OPERACIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS. Las notificaciones al Contratante y/o Asegurado en términos de lo anterior se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio, correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la Compañía tenga conocimiento.

4.8. Modificaciones

En términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), toda modificación al presente Contrato de Seguro deberá constar por escrito mediante cláusulas o Endosos previamente registrados ante la CNSF, los cuales deberán estar firmados por el funcionario autorizado de la Compañía, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

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

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Art. 25 de la Ley). Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

4.9. Primas

La fecha de vencimiento para pagar la Prima de esta Póliza es el primer día de cada período de pago, salvo que, tratándose de pago único, se haya convenido una fecha de vencimiento distinta, lo que se hará constar mediante la emisión del Endoso correspondiente. Se entenderá por período de pago, tratándose de pago único, el plazo de Vigencia de esta Póliza, pero tratándose de pago fraccionado, serán los semestres, trimestres o meses contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia indicada en la Carátula de esta Póliza.

La prima podrá ser pagada en una sola exhibición o el Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima, en cuyo caso las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo. En el supuesto de pago de prima fraccionada, se aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado.

El pago único es aquel que se hace en una sola exhibición, por el importe correspondiente a todo el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la Prima.

El pago fraccionado es aquel en el que el importe correspondiente al lapso para el cual resulte calculada la unidad de la Prima se reparte en parcialidades, mismas que

corresponderán a períodos de igual duración, ya sean semestrales, trimestrales o mensuales, aplicando, en su caso, un recargo por financiamiento.

La forma de pago convenida se indica en la Carátula de Póliza y, en el aviso de cobro que en su caso expida la Compañía.

La Compañía podrá reclamar a los Asegurados el pago de las Primas cuando el Contratante que obtuvo esta Póliza resulte insolvente.

Salvo pacto en contrario, el Contratante gozará de un Periodo de Gracia de 30 (treinta) días naturales para liquidar el total de la Prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; o de acuerdo con el término máximo que se precise en la Carátula de Póliza, en caso de no ser cubierta la Prima dentro del plazo estipulado, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de dicho periodo.

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

La Prima convenida podrá ser pagada por el Contratante mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuentas de fondos de pago electrónico y periodicidad que el Contratante haya seleccionado. En el supuesto de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la Prima correspondiente en las cuentas que la Compañía le indique o los métodos disponibles para el pago de la Prima el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el Contrato de Seguro cesará sus efectos una vez transcurridos el Periodo de Gracia señalado en esta cláusula.

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, en el caso en que la Prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la Prima.

4.10. Renovación Automática

Esta Póliza se considerará renovada automáticamente por periodos de igual duración en las mismas condiciones en las que fueron contratadas, siempre y cuando no existiera comunicado por parte de cualquiera de las partes en el sentido de no renovarla, debiendo dar aviso cuando menos con 20 (veinte) días hábiles anticipación a la fecha de vencimiento de la Póliza.

La renovación automática se realizará de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. La renovación deberá ofrecer condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán modificar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en perjuicio del Asegurado, ampliar Periodos de Carencia, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, debido al derecho

de antigüedad adquirido por el Asegurado.

No obstante, lo anterior, las Sumas Aseguradas, niveles de indemnización y alcances de las coberturas podrán sujetarse automáticamente en cada renovación conforme a la edad alcanzada real del Asegurado o planes vigentes en la oferta comercial de la Compañía al momento de la renovación. En este sentido, las Sumas Aseguradas podrán ser modificadas, incluso de forma decreciente, cuando así lo establezcan las condiciones del plan contratado en función de la evolución del riesgo por edad, sin que ello se considera una modificación en perjuicio del Asegurado.

2. Se podrán actualizar en cada renovación las Primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la CNSF en las notas técnicas. Dichos ajustes podrán considerar, entre otros factores, la edad alcanzada de los Asegurados, la siniestralidad observada en la cartera asociada a este producto, así como las condiciones del plan vigente al momento de la renovación.
3. Con posterioridad a la renovación automática, el Contratante podrá solicitar la modificación de algunas de las coberturas contratadas, así como el cambio de plan o montos de Suma Asegurada previa aceptación por escrito por parte de la Compañía. En su caso, la Prima se ajustará conforme a la oferta comercial vigente, así como a los parámetros y procedimientos registrados en la nota técnica, considerando las características del Asegurado, la edad alcanzada a la fecha de la renovación, así como a las nuevas condiciones del plan renovado.
4. La Compañía informará al Contratante y/o Asegurado, con al menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la fecha de renovación automática de la Póliza, los valores de Prima, así como, los ajustes a Sumas Aseguradas o condiciones del Plan conforme al esquema vigente del producto.

El pago de la Prima efectuado conforme a lo establecido en la cláusula 4.9. "Primas", se tendrá como prueba suficiente de la aceptación por parte del Contratante y/o Asegurado de la renovación, así como de las condiciones aplicables a la misma.

4.11. Cambio de plan

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Compañía la modificación de las condiciones originalmente contratadas por otras que la Compañía tenga disponibles, de conformidad con los siguientes criterios:

1. Los cambios solicitados solo podrán efectuarse en la fecha de renovación de la Póliza;
2. La Prima aplicable será la correspondiente al plan solicitado, conforme a la oferta comercial vigente de la Compañía al momento de la renovación;
3. En caso de que el cambio de plan solicitado implique un incremento en las Sumas Aseguradas de una o varias coberturas, el Asegurado deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía respecto del monto excedente, así como sujetarse a un nuevo Periodo de Carencia aplicable exclusivamente a dichos incrementos;
4. El Asegurado conservará los beneficios por la antigüedad generada en la Vigencia inmediata anterior al cambio;
5. **No procederán reclamaciones por Enfermedades Preexistentes o Eventos previamente indemnizados que no sean susceptibles de**

reinstalación de la Suma Asegurada.

- 6. En caso de existir una reclamación en trámite al momento de la renovación, la obligación de pago por parte de la Compañía se determinará con base en la Suma Asegurada correspondiente a la Vigencia en que ocurrió el Siniestro.**

La Compañía hará constar la aceptación del cambio del plan por medio de la emisión del Endoso correspondiente y/o, en su caso, mediante la emisión de la nueva Carátula de Póliza.

4.12. Terminación de la Póliza

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

1. Término del plazo de Vigencia de la Póliza contratada.
2. Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza.
3. Fallecimiento del Asegurado.
4. Al concluir el Período de Gracia, sin haberse efectuado el pago de la Prima correspondiente.

4.13. Terminación Anticipada de la Póliza

No obstante, el término de Vigencia del Contrato de Seguro, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante y/o Asegurado conforme a lo siguiente:

- a) Si el seguro se contrató presencialmente, el Asegurado y/o Contratante deberá solicitarlo mediante escrito entregado en el domicilio de la Compañía o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta Póliza no será renovada o de que la misma se dará por terminada a partir del momento en que se emita dicho acuse.
- b) Si el seguro se contrató mediante Operaciones Electrónicas, el Asegurado o el Contratante deberá solicitarlo conforme se establece en el inciso anterior, o por el mismo medio por el que contrató, o llamando al centro de atención telefónica de la Compañía; al realizar el trámite se le asignará un folio de atención que será el comprobante de que esta Póliza no será renovada o que la misma se dará por terminada a partir del momento en que se emita dicho folio.

La Compañía, antes de emitir el acuse o folio correspondiente, se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Asegurado o del Contratante que haya formulado la solicitud para no renovar la Póliza o para la cancelación o terminación anticipada de la misma.

En este caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la Prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al Contratante la Prima Neta no Devengada, por el medio de pago que acuerden entre las partes, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes contados a partir de la recepción de la solicitud de terminación.

4.14. Rehabilitación

Cuando la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de Primas, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de esta y la Compañía la podrá rehabilitar respetando la Vigencia originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, además de cumplir con los siguientes requisitos:

1. Solicitud de rehabilitación de Póliza firmada por el Asegurado (en el formato establecido y proporcionado por la Compañía);
2. Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional).

Políticas para valorar la rehabilitación:

1. Que el Período al Descubierto sea menor a 90 (noventa) días hábiles contados a partir del inicio de dicho periodo.
2. Que no exista Siniestro ocurrido, manifestado, o por reclamar a la fecha en que se solicita la rehabilitación.
3. Que esta Póliza no se haya rehabilitado previamente más de 2 (dos) veces.
4. **Que el Contratante acepte e informe al Asegurado, que la Compañía no cubrirá los gastos por Siniestros ocurridos, manifestados o diagnosticados durante el Período al Descubierto.**
5. Que se cumplan las pruebas de asegurabilidad solicitadas por la Compañía.

En caso de autorizarse la rehabilitación:

- a) El Contratante pagará la prima correspondiente a la Compañía en una sola exhibición y en un plazo de hasta 7 (siete) días hábiles contados a partir de la autorización de la rehabilitación,
- b) Esta Póliza se considerará rehabilitada a partir del día en que la Compañía lo autorice y dé a conocer al Contratante la aceptación de la rehabilitación mediante la emisión del Endoso respectivo.
- c) **En ningún caso, la Compañía cubrirá los gastos por Siniestros ocurridos, manifestados o diagnosticados durante el Período al Descubierto, aun tratándose de una reclamación complementaria de una Enfermedad amparada previamente.**

4.15. Edad

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o de su renovación correspondiente.

Las edades de aceptación mínima y máxima, así como la edad máxima de renovación será la que a continuación se indica:

Edad mínima	Edad máxima	Edad máxima de renovación
50 años	80 años	Sin límite

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, hará la anotación correspondiente en esta póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para dicha comprobación.

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

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

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
- b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos; los cuales se calcularán con base en la fracción que resulte aplicable del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, dependiendo del tipo de moneda en que se haya contratado la Póliza.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- d) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

4.16. Designación de Beneficiarios

Salvo disposición expresa en contrario establecida en una cobertura específica, el Beneficiario será el propio Asegurado, quien tendrá derecho a recibir la indemnización que resulte procedente conforme a la presente Póliza.

Los Beneficiarios designados por el Asegurado tendrán derecho a recibir la indemnización únicamente en los casos en los cuales, posterior a la realización del Evento Cubierto por alguna de las coberturas amparadas, el Asegurado llegase a fallecer antes de la reclamación o pago de la indemnización correspondiente, particularmente cuando,

conforme a la cobertura correspondiente, el derecho al pago se configure en favor de terceros distintos del Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho, en todo tiempo y mientras no exista restricción legal en contrario, a designar y modificar a los Beneficiarios que tengan derecho a recibir la indemnización que resulte procedente conforme a las coberturas contratadas y a lo establecido en el presente Contrato de Seguro.

La designación o modificación de Beneficiarios deberá realizarse mediante el formato que para tales efectos proporcione la Compañía o, en su caso, mediante el Endoso correspondiente. La Compañía hará constar dicha designación o modificación en los registros que lleve para tal efecto, quedando obligada a pagar conforme a la última designación de Beneficiarios de la que tenga conocimiento por escrito.

En caso de que el Asegurado no haya designado Beneficiarios, o cuando la designación realizada haya quedado sin efectos por cualquier causa legal, la indemnización que resulte procedente se pagará conforme al siguiente orden de prelación, al primero que se presente a reclamar y acredite fehacientemente dicho carácter conforme a la legislación aplicable:

1. Al cónyuge o concubina(o) legalmente reconocida(o) del Asegurado, por el 100% de la indemnización.
2. A falta de éste, a las hijas e hijos del Asegurado, en partes iguales.
3. A falta de los anteriores, a los padres del Asegurado, en partes iguales.
4. En ausencia de todas las personas antes indicadas, a la sucesión legal del Asegurado, conforme al Código Civil.

La Compañía quedará liberada de toda obligación con el simple pago que realice a la primera persona que, dentro del orden de prelación anterior, acredite fehacientemente su derecho.

En caso de que alguno de los Beneficiarios designados fallezca antes que el Asegurado, su participación se distribuirá en partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo estipulación expresa en contrario.

Si la Compañía realiza el pago de la indemnización conforme a la información y documentación disponible al momento del Siniestro, ya sea a los Beneficiarios designados o a quienes correspondan conforme al orden de prelación establecido en estas Condiciones Generales, quedará plenamente liberada de toda responsabilidad, aun cuando con posterioridad se presente alguna persona que alegue un derecho preferente cuya existencia, calidad o condición no haya sido acreditada ni reclamada oportunamente ante la Compañía.

ADVERTENCIA:

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

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

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

4.17. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo 81 de la Ley, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

4.18. Competencia

En caso de tener alguna controversia, el quejoso, a su elección, puede presentar su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. al teléfono (55) 1103-7000 o por correo electrónico: consultasyquejas@prudential.com o en cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en los términos de los Artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, o bien, podrá presentar una demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, lo que deberá hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer sus pretensiones.

En caso de que decida presentar su reclamación ante la CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

Teléfono: (55) 1103-7000

Domicilio: Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

Horarios de atención: lunes a jueves de 8:00 horas a las 17:00 horas, viernes de 8:00 horas a las 15:00 horas.

Correo: consultasyquejas@prudential.com

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

Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Dirección de internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el territorio nacional: 800 999 8080.

4.19. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante, Asegurado, Beneficiario(s) o de la Compañía, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago.

La indemnización que corresponda por concepto de gastos erogados en el extranjero se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en que se haya efectuado el gasto.

4.20. Agravación del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

No obstante, será aplicable en su caso también, lo dispuesto por el artículo 55 de la Ley que señala:

“Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.”

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

Las obligaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus

nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

La Compañía, ante el supuesto anterior, consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

4.21. Revelación de comisiones

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

4.22. Entrega de Documentación Contractual

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

El Contratante y/o Asegurado aceptan que los Medios Electrónicos y de Identificación, de conformidad con lo establecido en la cláusula “4.24. Uso de Medios Electrónicos” y de acuerdo con los Términos y Condiciones a los que alude dicha cláusula sustituyen la firma autógrafa, y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, en términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba la documentación contractual de este seguro, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía,

cuyos domicilios se indican en la página en internet: <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/>, o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, la documentación contractual de referencia. O bien, si requiere un duplicado de la póliza, este se le entregará sin costo alguno.

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la Vigencia, el Contratante podrá en cualquier momento solicitar que se le entregue la documentación de esta Póliza por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

4.23. 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 hiciera 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 hiciera 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.

4.24. Uso de Medios Electrónicos

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

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

El usuario debe tomar en cuenta, que, mediante la aceptación de los términos y condiciones, ratifica que la Compañía ha puesto a su disposición dicha información.

4.25. Aviso de privacidad corto

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.prudentialeseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad>.

4.26. Liga a Cita de Perceptos Legales

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá(n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato y que no se transcriben, en nuestra página de internet: www.prudentialeseguros.com.mx

4.27. Carencia de Restricciones

Este contrato no está sujeto a restricciones de nacionalidad, viajes, género u ocupación del Asegurado siempre que ésta sea lícita, posteriormente a la contratación de la Póliza.

4.28. 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 acceder a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.mx

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: Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 hrs., 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 20 de mayo de 2026, con el número CNSF-S0106-0219-2026 / CONDUSEF-007248-01.”