CONDICIONES PARTICULARES

Beneficio Adicional
“Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad”

Muestra sin valor

Índice

1. *DEFINICIONES* 1
1.1 *ACCIDENTE* 1
1.2 *ACCIDENTE CUBIERTO* 1
1.3 *ASEGURADO* 1
1.4 *ASEGURADO TITULAR* 1
1.5 *CARÁTULA DE LA PÓLIZA* 1
1.6 *CONDICIONES PARTICULARES* 1
1.7 *DIAGNÓSTICO* 2
1.8 *ENFERMEDAD* 2
1.9 *ENFERMEDAD CUBIERTA* 2
1.10 *ENFERMEDAD PREEXISTENTE* 2
1.11 *EXCLUSIONES* 3
1.12 *MÉDICO* 3
1.13 *MÉDICO ESPECIALISTA* 3
1.14 *SINIESTRO* 3
1.15 *SUMA ASEGURADA* 3
1.16 *VIGENCIA* 3
2. *CONDICIONES PARTICULARES* 4
2.1. *INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD* 4
2.1.1. *EXCLUSIONES* 4
2.2. *EDAD* 5
2.3. *PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO* 5
2.3.1. *DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO* 6
2.3.2. *PAGO DEL SINIESTRO* 6
2.4. *TERMINACIÓN DE LA COBERTURA* 7
3. *MARCO NORMATIVO* 7
3.1. *AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES DE PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO* 7
3.2. *INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS* 7

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la Compañía, emite las Condiciones Particulares de la presente Cobertura Adicional sobre la vida del Asegurado, cuyo nombre figura en el Consentimiento/Certificado Individual del seguro, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante en la solicitud del seguro. Esta Cobertura Adicional surtirá efectos únicamente cuando se encuentre expresamente contratada en la Carátula y/o en el Consentimiento/Certificado Individual respectivo y siempre que el seguro al cual se adiciona se mantenga vigente. En tal caso, la cobertura operará conforme a lo establecido en el presente Beneficio.

Los términos, condiciones y cláusulas que regirán la presente Cobertura Adicional, son los siguientes:

1. *DEFINICIONES*

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

1.1 *Accidente*

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

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

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

1.2 *Accidente Cubierto*

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

1.3 *Asegurado*

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

1.4 *Asegurado Titular*

Es aquél que pertenece al Grupo Asegurado y que otorga voluntariamente su consentimiento para ser Asegurado en el Plan contratado por el Contratante.

Para efectos prácticos, y siempre que no exista confusión de interpretación, al Asegurado Titular se le designará simplemente como Asegurado.

1.5 *Carátula de la Póliza*

Es el documento emitido por la Compañía en donde se estipulan, los datos de identificación del Contratante, Coberturas Amparadas, Primas y la descripción del Grupo Asegurado.

1.6 *Condiciones Particulares*

Son todos aquellos principios que hacen referencia a la funcionalidad, operatividad y/o Exclusiones de las Coberturas que serán amparadas mediante este Contrato de Seguro.

Muestra sin valor

1.7 *Diagnóstico*

Dictamen sobre un padecimiento o condición de este, que efectúa un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documental comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en elementos, como evaluación directa, así como pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

1.8 *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.

1.9 *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.

1.10 *Enfermedad Preexistente*

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 resumen clínico u otro 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 resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
2. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, 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 Arbitraje de las Condiciones Generales.

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.

Muestra sin valor

1.11 *Exclusiones*

Se refiere a todo hecho, situación o condición que no son cubiertos por parte de la Compañía en los términos estipulados en esta Cobertura Adicional.

1.12 *Médico*

Persona que ejerce la medicina, que cuenta con título y cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública que lo autoriza para el ejercicio de su profesión que **no sea 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.**

1.13 *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, así como certificado vigente emitido por el colegio correspondiente de su especialidad.

1.14 *Siniestro*

Realización del evento cubierto por alguna de las coberturas contratadas y prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización.

1.15 *Suma Asegurada*

Es la cantidad establecida en el Consentimiento/Certificado Individual del Seguro para esta Cobertura y hasta por el monto máximo que tendrá responsabilidad la Compañía, en caso de proceder el Siniestro.

La Suma Asegurada podrá definirse como una cantidad fija o variable en función de la regla para determinarla solicitada por el Contratante y aceptada por la Compañía, misma que se especificará claramente en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento/Certificado Individual.

1.16 *Vigencia*

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

Muestra sin valor

2. CONDICIONES PARTICULARES

2.1. Invalidez Total y Permanente por Accidente o Enfermedad

Siempre que la presente cobertura se encuentre expresamente amparada en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada vigente correspondiente a esta cobertura, en caso de que, durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, ocurra un Accidente o una Enfermedad Cubierta que, de manera posterior, le cause un estado de Invalidez Total y Permanente.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente aquella que imposibilite al Asegurado para desempeñar cualquier trabajo remunerativo u ocupación que le genere ingresos, compatible con sus conocimientos, aptitudes o facultades físicas o intelectuales, siempre que dicha imposibilidad se presuma de carácter permanente.

La Invalidez Total y Permanente deberá ser dictaminada por una institución de salud, pública o privada, mediante dictamen emitido por un Médico Especialista en medicina del trabajo que cuente con cedula de especialidad y certificado vigente emitido por el colegio de la especialidad en medicina del trabajo, el cual deberá estar sustentado en estudios clínicos, de gabinete, exploración y seguimiento médico, y derivar directamente de un Accidente o Enfermedad Cubierta ocurrido durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Se considerará, en todo caso, como 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 Compañía podrá, en términos de estas Condiciones Particulares, solicitar la valoración del Asegurado por un Médico Especialista en la materia designado por la misma, con el objeto exclusivo de confirmar el cumplimiento de los criterios establecidos para esta Cobertura Adicional. 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 o Enfermedad 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.

2.1.1. Exclusiones

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

1. **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
2. **La práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes**

Muestra sin valor

marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.

3. **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.**
4. **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
5. **Accidentes durante el ejercicio de funciones del Asegurado de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.**
6. **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
7. **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.**
8. **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**
9. **La práctica profesional de cualquier deporte.**
10. **Padecimientos que se hubieran manifestado, antes del alta del Asegurado al Grupo Asegurado y que fueron diagnosticados por un Médico.**
11. **Preexistencias.**

2.2. Edad

Para los efectos de esta Cobertura Adicional, se considerará como edad real del Asegurado la edad exacta en años enteros que tenga cumplida en la Fecha de Inicio Vigencia de esta Cobertura, así como a la fecha de la Renovación correspondiente.

Los rangos de edades de admisión fijadas por la Compañía y para esta cobertura serán los siguientes:

Edad Mínima de Ingreso	*Edad Máxima de Ingreso*	*Edad Máxima de Renovación*	*Cancelación Automática**
18 años	*64 años*	*64 años 11 meses*	*65 años*

* Este Cobertura Adicional se cancelará de manera automática en el aniversario Póliza que siga inmediatamente después de que el Asegurado alcance la edad de cancelación automática establecida en la tabla anterior.

2.3. Procedimiento en caso de Siniestro

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor por esta Cobertura Adicional, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía por escrito, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que tenga dicho conocimiento, salvo que el Asegurado incurriere en mora por caso fortuito o fuerza mayor, en ese tenor, el reclamante podrá cumplir con el aviso a la Compañía tan pronto como desaparezca el impedimento.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones de esta Cobertura si el Contratante y/o el Asegurado, según corresponda, omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del

Muestra sin valor

Siniestro.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado 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 que para este fin haya solicitado la Compañía.

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

2.3.1. Documentación en caso de Siniestro

La documentación requerida para evaluar la procedencia del pago conforme a la cobertura contratada. La Compañía podrá requerir:

1. Formato de reclamación, denominado “Declaración para trámite de Siniestro”, el cual será proporcionado por la Compañía, debidamente llenado y firmado por el Asegurado.
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 o Enfermedad que dio origen al estado de invalidez;
    d) Evolución del padecimiento;
    e) Tratamiento recibido;
    f) Descripción de las limitaciones funcionales;
    g) Número de cédula profesional y, en su caso, de especialidad;
    h) Firma del Médico Especialista en la materia 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, o en caso de no contar con el dictamen mencionado, el Asegurado 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.
4. Estudios médicos actualizados que acrediten la Invalidez Total y Permanente.
5. Identificación oficial vigente del Asegurado, CURP y comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).
6. Carátula del estado de cuenta bancario (no mayor a tres meses) para realizar el pago, cuando corresponda.
7. Original o copia del Consentimiento/Certificado Individual, si se cuenta con él.

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, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley.

2.3.2. Pago del Siniestro

La Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a esta Cobertura Adicional en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en las presentes Condiciones Particulares y/o Generales del Producto, y una vez que reciba la información y documentación necesarias que le permitan acreditar los derechos de los reclamantes y la procedencia del beneficio reclamado.

Muestra sin valor

Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán a través de los medios previamente acordados entre las partes.

La Compañía pagará la indemnización que corresponda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que reciba la información y documentación que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

En caso de que se realice un pago indebido derivado de desconocimiento o de un reporte incorrecto relacionado con movimientos de baja, alta o cambio, el Contratante estará obligado a reintegrar dicho pago a la Compañía.

2.4. Terminación de la cobertura

Esta cobertura terminará, sin obligación posterior para la Compañía, en caso de ocurrir alguna de las siguientes causas:

a) El pago de la indemnización de esta Cobertura Adicional.
b) Por cese de efectos del Contrato de Seguro por falta de pago de Primas.
c) Al vencimiento del aniversario en que el Asegurado cumpla 65 (sesenta y cinco) años de edad.
d) Al fallecimiento del Asegurado.
e) A solicitud expresa del Contratante.

3. MARCO NORMATIVO

3.1. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES DE PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO

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 Juarez, Ciudad de México, quien es Responsable del tratamiento de sus datos personales. Los datos personales y, en su caso, los datos personales sensibles recabados serán tratados para las siguientes finalidades: (i) identificación, registro y contacto; (ii) evaluación del riesgo correspondiente; (iii) formalización de la relación jurídica o contratación del seguro, producto o servicio; (iv) brindar atención y seguimiento, así como administrar, mantener o renovar el contrato de seguro, producto y/o servicio; (v) dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de las disposiciones legales aplicables; y (vi) envío de información con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial para informarle sobre nuevos lanzamientos, productos, servicios o promociones. Para conocer más información sobre el tratamiento de sus datos personales, así como el ejercicio de sus derechos ARCO consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral disponible en https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/aviso-de-privacidad.

3.2. Invitación para Consultar al RECAS

Este Contrato de Seguro lo podrá consultar a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.mx

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de octubre de 2026 con el número BADI-S0106-0019-2026/CONDUSEF-007263-02.

Muestra sin valor