

CONDICIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA TEMPORAL DE ENFERMEDADES GRAVES PLUS

“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 22 de enero de 2016 y 27 de enero de 2017, con el número BADI-S0106-0086-2015 y RESP-S0106-0017-2017”

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, con número G00255001 de fecha 25 de enero de 2017 y CONDUSEF-007064-01.

INDICE

| CONCEPTO | PÁGINA |
|--|---------------|
| 1. DEFINICIONES..... | 3 |
| 1.1 CÁNCER IN SITU..... | 3 |
| 1.2 BENEFICIARIO..... | 3 |
| 2. CLÁUSULAS ESPECÍFICAS..... | 3 |
| 2.1 EDAD DE ACEPTACIÓN..... | 3 |
| 2.2 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO..... | 3 |
| 3. COBERTURAS..... | 4 |
| 3.1 COBERTURA TEMPORAL PARA ENFERMEDADES GRAVES..... | 4 |
| 3.2 COBERTURA TEMPORAL PARA CÁNCER IN SITU..... | 6 |
| 3.3 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE..... | 6 |
| 4. PERIODO DE ESPERA..... | 6 |
| 5. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA..... | 6 |
| 6. CANCELACIÓN DE LA COBERTURA..... | 7 |
| 7. EXCLUSIONES..... | 7 |

Las presentes condiciones corresponden a un beneficio adicional de los seguros de vida individual ofrecidos por Prudential Seguros México, S.A. Derivado de lo anterior, en la presente documentación se incluyen únicamente las condiciones particulares del beneficio adicional para la Cobertura Temporal para Enfermedades Graves Plus, mismas que serán impresas en conjunto con las condiciones generales de la Cobertura Básica a la que se le incluya este beneficio adicional. Lo anterior, en el entendido que las condiciones de la Cobertura Básica no serán modificadas.

1. DEFINICIONES

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

1.1 CÁNCER IN SITU

Se define como cualquier lesión pre-invasiva localizada y comprobada histológicamente, en el que las células cancerígenas no hayan penetrado aun en la membrana basal o invadido (en el sentido de infiltración y/o destrucción activa) los tejidos circundantes o estroma

1.2 BENEFICIARIO

Para este beneficio adicional, el Asegurado será el Beneficiario, es decir, quien recibirá la indemnización por el beneficio contratado.

2. CLÁUSULAS ESPECÍFICAS

2.1 EDAD DE ACEPTACIÓN

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

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que aparece en la Carátula de la Póliza, es decir:

La edad mínima de contratación para la Cobertura es de 15 años de edad.

La edad máxima de contratación para la Cobertura es de 60 años de edad.

La edad máxima de renovación para la las Cobertura es de 60 años de edad.

2.2 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

El Asegurado o un representante debidamente acreditado del mismo, deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigir al Asegurado o a un representante debidamente acreditado del mismo, toda clase de información sobre los hechos relacionados con la Enfermedad Grave, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Información necesaria en caso de diagnóstico de una Enfermedad Grave:

La evidencia sobre la ocurrencia de cualquiera de las Enfermedades Graves amparadas bajo esta Cobertura deberá estar sustentada por:

1. Formato denominado "Declaración de Asegurado para trámite de Siniestro" firmado por el Asegurado o un representante debidamente acreditado del mismo;
2. Formato denominado "Declaración del Médico para trámite de Siniestro", el cual deberá estar llenado por el Médico especialista con cédula profesional, registrado ante la Secretaría de Salud y que además, no tenga parentesco hasta el 2º grado consanguíneo con el Asegurado, o bien, se podrá entregar el historial clínico con el nombre completo del paciente elaborada por el médico tratante, indicando el número de cédula profesional, y, en dado caso, el de la especialidad correspondiente debidamente firmada por éste;
3. Investigaciones confirmatorias, que incluyan, pero no estén limitadas a evidencia clínica, radiológica, histológico y de laboratorio;
4. Estudios de laboratorio y/o estudios de gabinete que amparen la enfermedad grave. Será facultad de la Compañía solicitar uno o ambos estudios;
5. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de examinar al asegurado con el médico que ésta designe, y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado;
6. Comprobante de domicilio y;
7. Identificación personal.

En caso de proceder el diagnóstico de la Enfermedad Grave, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de seguro.

3. COBERTURAS

Siempre que la Póliza y la Cobertura se encuentren vigentes en la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará al beneficiario, los beneficios de la cobertura procedente, de acuerdo con lo que se señala en la Carátula de la Póliza y con base en lo siguiente:

3.1 Cobertura Temporal Para Enfermedades Graves

Siempre que el Asegurado se encuentre con vida al momento de presentar la reclamación, la Compañía pagará al Beneficiario la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, la cual no será mayor a la suma asegurada de la cobertura básica, si se diagnostica que, durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza, el Asegurado ha sufrido o ha desarrollado por primera vez, una de las Enfermedades Graves que a continuación se definen:

- a) **Cáncer:** Significa la presencia de un enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante y normal. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histológica o citológica. El cáncer debe haber progresado a una Clasificación TNM T2N0M0, o alguna clasificación equivalente.

Quedan cubiertos bajo esta definición leucemia, siempre que haya causado anemia y linfoma (Hodgkin y no hodgkin con una clasificación Ann Arbor etapa 2 o mayor).

b) Cirugía arterio-coronaria (By-pass): Significa la realización del injerto para la derivación de la arteria coronaria vía una toracotomía para corregir o tratar la enfermedad de la arteria coronaria.

c) Derrame e infarto cerebral: Significa el padecer un ataque de apoplejía como resultado de un evento cerebro-vascular. La apoplejía debe dar como resultado déficit neurológico que produzca la incapacidad permanente e irreversible del Asegurado para:

- Desplazarse en el interior de una habitación a otra, en un solo nivel o una planta; o
- Alimentarse por sí mismo una vez que la comida ha sido preparada y disponible; o
- Comunicarse por medio de lenguaje verbal.

La evaluación de las condiciones antes mencionadas no deberá realizarse antes de que hayan transcurrido 3 (tres) meses de la fecha en que se presentó el evento de la apoplejía. Deberá existir evidencia clara en una Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN) o técnica de imagen apropiada de que el evento de la apoplejía ha ocurrido y alguno de los siguientes:

- Infarto del tejido cerebral; o
- Hemorragia intracraneala o sub-aracnoidea.

Los síntomas cerebrales debidos a migraña, lesión cerebral resultante de trauma o hipoxia y enfermedad vascular que afecta el ojo, nervio óptico o funciones vestibulares están excluidos.

d) Infarto de miocardio: Significa el diagnóstico inequívoco de la muerte de una porción del músculo cardiaco que se produce por un aporte sanguíneo insuficiente al área relevante.

Se deben satisfacer todos los siguientes criterios:

- Dolor típico en el centro del tórax sugestivo de ataque cardíaco;
- Incremento diagnóstico de marcadores cardiacos específicos característicos para ataque cardíaco;
- Nuevos cambios electrocardiográficos de infarto; y
- Evidencia de la disminución en la función ventricular izquierda, como una reducción en la fracción de eyección ventricular izquierda o hipocinesia significativa, acinesia o anomalías en la movilidad de la pared secundarias al ataque cardíaco.

e) Insuficiencia renal crónica: Significa la falla renal terminal que se presenta con insuficiencia irreversible y crónica de la función de ambos riñones, como resultado de la cual se inicia diálisis renal en forma regular o se lleva a cabo el trasplante renal.

f) Trasplante de órgano mayor: Significa el trasplante de órgano humano, de un donador al Asegurado de uno o más de los siguientes órganos: riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o trasplante de médula ósea. Lo anterior en el entendido de que el pago de la indemnización se realizará una vez realizado el trasplante.

Se excluye el trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.

Al diagnóstico de una Enfermedad Grave del Asegurado y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Cobertura y la Compañía queda liberada de todas las obligaciones derivadas de la misma.

Si al finalizar el plazo de Vigencia de esta Cobertura, señalado en la Carátula de la Póliza, el Asegurado no ha sufrido o desarrollado por primera vez, alguna de las Enfermedades Graves, la protección por esta Cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

En caso de diagnóstico simultáneo de más de una Enfermedad Grave del Asegurado, la obligación de la Compañía estará limitada a pagar el beneficio derivado por el diagnóstico de una sola Enfermedad Grave.

El pago de la indemnización se realizará en pesos mexicanos considerando el tipo de cambio a la fecha del pago conforme a la moneda indicada en la Carátula de la Póliza.

3.2 Cobertura Temporal Para Cáncer in Situ

Esta cobertura cuenta también con la protección de Cáncer in Situ la cual consiste en que, siempre que el Asegurado se encuentre con vida al momento de presentar la reclamación, la Compañía pagará al Beneficiario, la Suma Asegurada correspondiente para la Cobertura de Cáncer In Situ en una sola exhibición, si se diagnostica que, durante el plazo de la misma, el Asegurado ha sufrido o ha desarrollado por primera vez cáncer clasificado como in-situ.

Se excluye de esta cobertura el carcinoma de piel in situ no melanoma

3.3 Exención de Pago de Primas por Invalidez Parcial y Permanente

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Parcial y Permanente conforme se define en las condiciones generales de la cobertura a la que se adhiere este beneficio, durante el plazo de esta Cobertura como se describe en las condiciones generales de la Cobertura Básica y hasta el aniversario de la Cobertura inmediato posterior a que el Asegurado cumpla 65 años, lo que ocurra primero, la Compañía eximirá del pago de Primas correspondiente a esta Cobertura al Contratante.

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

4. Periodo de espera

Periodo de Exclusión / Periodo de Espera

Ningún beneficio será exigible si la condición ocurre o es diagnosticada dentro de los 90 (noventa) días posteriores a la fecha de Inicio de Vigencia o de la última Rehabilitación de esta Cobertura.

5. Renovación Automática

Una vez vencido el periodo de Cobertura marcado en la Carátula de la Póliza, esta Cobertura se renovará automáticamente, por periodos sucesivos de igual duración al periodo inicial, salvo notificación al contrario del Contratante y/o Asegurado comunicada con una anticipación no menor a los 30 (treinta) días previos a la Fecha de Vencimiento de la misma.

La renovación se otorgará y estará sujeta a las siguientes condiciones:

1. Si la Suma Asegurada al inicio de cada renovación coincide con la vigente en el periodo anterior no se deberán cubrir nuevos requisitos de asegurabilidad. En caso que el Contratante y/o Asegurado solicite un incremento de Suma Asegurada, éste deberá ser aprobado por la Compañía y se deberán cumplir los requisitos de asegurabilidad vigentes.
2. Las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el Asegurado al inicio de cada renovación, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación.
3. En cada renovación automática, la Compañía hará constar mediante Endoso la Suma Asegurada, fecha de Inicio de Vigencia de la renovación, plazo de la Cobertura, plazo de pago de Primas, así como la Prima correspondiente.

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

1. La edad alcanzada del Asegurado no rebase la edad máxima de renovación de la Cobertura;
2. El plazo de esta Cobertura a renovar no deberá de ser mayor al plazo que falte de la Cobertura Básica;
3. El Asegurado no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente;
4. El Asegurado no haya sufrido un estado de Invalidez Total y Permanente;
5. El Asegurado no haya sido diagnosticado por una de las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta Póliza, citadas en el apartado 3.1 anterior;
6. El pago del beneficio por esta Cobertura no se encuentre en proceso de reclamación al momento de la renovación.

6. Cancelación de la Cobertura

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

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado;
- Al diagnóstico y pago de la indemnización correspondiente de alguna de las Enfermedades Graves cubiertas bajo esta Póliza, citadas en el apartado 3.1 anterior.
- Cuando el Contratante y/o Asegurado solicite la cancelación de esta Cobertura.

7. EXCLUSIONES

Ningún beneficio será pagadero en relación a esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa ocasionada como resultado de cualquier de las siguientes:

- **Un acto intencional o auto-inflingido.**

- **Ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.**
- **Virus de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA.**
- **Enfermedades Graves causadas o en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida/SIDA.**
- **Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.**
- **Padecimientos 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 peligroso que se practique de manera amateur y/o ocasional.**

“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 22 de enero de 2016 y 27 de enero de 2017, con el número BADI-S0106-0086-2015 y RESP-S0106-0017-2017”.

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, con número G00255001 de fecha 25 de enero de 2017 y CONDUSEF-007064-01.