

CONDICIONES GENERALES

“Seguro de Vida Individual Temporal Corto Plazo-P1”

Contenido

| | |
|--|-----------|
| 1. DEFINICIONES | 4 |
| 2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS | 6 |
| 2.1 Cobertura(s) Básica(s) | 6 |
| 2.1.1 Fallecimiento por cualquier causa..... | 7 |
| 2.1.2 Apoyo para Gastos Funerarios para familiares | 7 |
| 2.2 Coberturas Adicionales | 8 |
| 2.2.1 Apoyo para Gastos Funerarios del Asegurado | 8 |
| 2.2.2 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente (RDHA) | 8 |
| 2.2.3 Enfermedades Graves (EG)..... | 10 |
| 2.2.3.1 Cáncer | 10 |
| 2.2.3.2 Cáncer in-situ..... | 11 |
| 2.2.3.3 Accidente Cerebrovascular..... | 12 |
| 2.2.3.4 Infarto Agudo al Miocardio..... | 12 |
| 2.2.3.5 Insuficiencia Renal Terminal..... | 13 |
| 2.2.3.6 Trasplante de Órganos Vitales | 14 |
| 2.2.3.7 Esclerosis Múltiple | 14 |
| 2.2.3.8 Cirugía de revascularización coronaria o Angioplastia | 15 |
| 2.2.3.9 Parálisis de extremidades o distrofia muscular | 15 |
| 3. CLÁUSULAS GENERALES | 17 |
| 3.1 Vigencia del contrato | 17 |
| 3.2 Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro..... | 17 |
| 3.3 Modificaciones..... | 17 |
| 3.4 Prima del Seguro | 17 |
| 3.5 Límites de Edad | 18 |
| 3.6 Carencia de Restricciones | 19 |
| 3.7 Renovación Automática | 19 |
| 3.8 Terminación del Contrato de Seguro | 19 |
| 3.9 Procedimiento simplificado para la reclamación del Siniestro | 19 |
| 3.10 Comprobación del Siniestro | 19 |
| 3.11 Dolo o mala fe | 20 |
| 3.12 Arbitraje | 20 |
| 3.13 Pago de la Suma Asegurada | 20 |
| 3.14 Agravación del Riesgo | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 3.15 Comunicaciones | 22 |
| 3.16 Moneda | 22 |
| 3.17 Comisión o compensación directa | 22 |
| 3.18 Indemnización por Mora | 22 |
| 3.19 Prescripción | 22 |
| 3.20 Entrega de la Documentación Contractual | 23 |
| 3.21 Terminación Anticipada del Contrato de Seguro..... | 23 |
| 3.22 Uso de Medios Electrónicos | 24 |
| 3.23 Competencia | 24 |
| 3.24 Invitación para consultar al RECAS | 24 |
| 3.25 Aviso de privacidad corto | 24 |

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la Compañía o la Aseguradora, emite las condiciones generales de la presente Póliza en favor de la persona identificada como Asegurado en la Carátula de la Póliza para cubrir los riesgos más adelante detallados, siempre y cuando tales riesgos se señalen como amparados en la Carátula de la Póliza y mientras se encuentre vigente al momento del siniestro y sea en apego a los términos y condiciones y cláusulas del presente Contrato de Seguro.

1. DEFINICIONES

Asegurado

Es aquella persona física protegida a través de alguna de las coberturas del contrato de seguro, que se encuentra amparada conforme a las coberturas contratadas previstas en esta Póliza y cuyos datos aparecen en la Carátula de la Póliza.

Accidente

Es todo acontecimiento provocado por una causa externa, violenta, súbita y fortuita que afecte el organismo del Asegurado y ajeno a su voluntad, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, o bien, lesiones internas reveladas por un Diagnóstico de los exámenes médicos correspondientes, siempre que éstas ocurran al momento del acontecimiento o dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que tales lesiones produzcan su muerte, y ésta ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Para efectos de este seguro no se considerarán Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Beneficiario

Es aquella persona que, designada conforme más adelante se indica, tiene derecho a recibir las Sumas Aseguradas por las coberturas de fallecimiento, o la proporción correspondiente de aquellas coberturas en las que se le haya designado con el carácter de Beneficiario, una vez ocurrida la eventualidad cubierta.

Para efectos del presente contrato se designa primer lugar como único Beneficiario al cónyuge del Asegurado o a su concubina(rio), en ausencia de éste, los beneficiarios serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.

A falta de los Beneficiarios mencionados en el párrafo que antecede, el importe que corresponda se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

En cualquier momento el Asegurado podrá modificar, sustituir y/o revocar a sus Beneficiarios, siempre y cuando esta Póliza se encuentre en vigor. Para tales efectos, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Aseguradora por medio del formato: "Formato de Designación, Sustitución y/o Revocación de Beneficiarios" que la Compañía tenga autorizado para tales efectos, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos), parentesco o relación, en su caso, con el Asegurado y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado si dicha designación fuere irrevocable, el Asegurado deberá comunicarlo al(los) Beneficiario(s). Una vez que la Compañía reciba la designación de Beneficiario(s), emitirá el Endoso en el que se haga constar tal designación.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones si paga el importe de lo procedente con base en la designación de Beneficiario(s) más reciente realizada conforme a lo previsto en esta definición. Si habiendo varios Beneficiarios desapareciere alguno, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales a las de los demás. Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe de las coberturas que se mencionan en el primer párrafo de esta definición se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación del Beneficiario.

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.”

Contratante

Es la persona que celebra el Contrato de Seguro con la Compañía y sobre el cual recae la obligación de pago de las primas.

Diagnóstico

Es el dictamen sobre un padecimiento o condición del mismo, que efectúa un Médico, 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.

Endoso

Es el documento emitido por la Compañía, que modifica las condiciones particulares de la Póliza.

Enfermedad Preexistente

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que, previamente a la celebración de la Póliza:

- Se haya declarado su existencia, o
- El Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico, o
- Se compruebe mediante la existencia de un expediente o resumen médico, en el cual se haya elaborado un Diagnóstico por un Médico, 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 haya hecho gastos para recibir un Diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado o Beneficiario el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de desacuerdo entre el Asegurado o Beneficiario y la Compañía acerca de la determinación de la preexistencia de una Enfermedad, se resolverá conforme a lo indicado en la cláusula 3.12 ARBITRAJE.

Al amparo de este seguro no están cubiertas Enfermedades o padecimientos Preexistentes.**Evento o Eventualidad**

Es la afectación que sufre el Asegurado, a consecuencia de la realización del riesgo amparado, para el cual se contrata la cobertura del seguro, la realización debe ser fortuita, súbita e imprevista.

Hospital

Es la Institución Pública o Privada legalmente autorizada por las autoridades sanitarias para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes mediante la atención de Médicos, durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

Se incluyen en esta definición los sanatorios y clínicas que cumplan con lo anterior, de no cumplirlo se entenderán excluidos.

Hospitalización

Es la estadía del Asegurado como interno en un Hospital, ya sea por tratamiento u observación médicamente necesarios, como consecuencia de un Accidente.

Médico

Es la persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina, que puede ser Médico general o Médico especialista certificado por la Secretaría de Salud o autoridad competente, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El Médico especialista, adicionalmente deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de la especialidad correspondiente, además de estar certificado por el consejo o colegio de la especialidad de que se trate y que **no sea familiar del Asegurado o Contratante (ascendientes o descendientes hasta el segundo grado y/o parientes por afinidad hasta el segundo grado).**

Período de Carencia

Es el periodo que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia que aparece en la Carátula la Póliza o de la cobertura, durante el cual el Asegurado no estará amparado por aquellas coberturas que tengan esta estipulación, transcurrido dicho tiempo se encontrará cubierto el Asegurado.

El Periodo de Carencia solo aplicará por una única ocasión, al inicio de la vigencia que aparece en la Carátula de la Póliza y no aplicarán en las renovaciones.

Periodo de Gracia

Es el plazo con el que cuenta el Contratante y/o Asegurado para hacer el pago de la Prima o la parcialidad correspondiente, a efecto de que no cesen los efectos de la Póliza

Póliza y/o Contrato de Seguro

Documentos que componen este Contrato, como lo son la Carátula, las Condiciones Generales y particulares, Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios y, en su caso, los Endosos que se adicionen.

Prima

Es la contraprestación económica a favor de la Compañía, cuya frecuencia de pago y monto se estipula en la Carátula de la Póliza.

Siniestro

Realización de la Eventualidad cubierta prevista por el presente Contrato de Seguro que da origen al pago de una indemnización, siempre y cuando se encuentre expresamente amparada bajo los términos y condiciones de la Póliza y el siniestro haya ocurrido mientras la misma estuviere vigente.

Suma Asegurada

Es la cantidad máxima establecida en la Carátula de la Póliza por cada cobertura y hasta por la que tendrá responsabilidad de pagar la Compañía, en caso de ocurrir y proceder un Siniestro.

Tratamientos Ambulatorios

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

Vigencia

Es el periodo indicado en la Carátula de la Póliza, durante la cual el Asegurado queda cubierto bajo la Póliza contratada.

2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS**2.1 Cobertura(s) Básica(s)**

Al amparo de este producto se podrán contratar las siguientes coberturas básicas, las cuales operarán con Suma Asegurada independiente y la responsabilidad máxima de la Compañía es la establecida en la Carátula correspondiente; en ningún caso la indemnización será superior a este límite.

2.1.1 Fallecimiento por cualquier causa

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura al Beneficiario, si el Asegurado fallece dentro de la Vigencia mencionada en la Carátula de la Póliza y, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro, conforme a lo estipulado en este Contrato.

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Certificado de defunción del Asegurado.
2. Acta de Defunción del Asegurado (solo si la tuviere el Beneficiario).
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

Exclusión para esta cobertura: La Compañía en ningún caso será responsable de pagar la cobertura en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si éste se verifica dentro de los 2 (dos) años posteriores a la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los 2 (dos) años, la Aseguradora reembolsará a los Beneficiarios únicamente la reserva matemática.

2.1.2 Apoyo para Gastos Funerarios para familiares

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al (los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado, como apoyo para gastos funerarios por el fallecimiento del (de los) familiar(es) señalado(s) en la Carátula de la Póliza, conforme a lo estipulado en este contrato. **Para esta cobertura únicamente se podrán amparar a los hijos, cónyuge o concubino(a) del Asegurado.**

En caso de estar amparados hijos del Asegurado, la edad mínima para la contratación es de 0 (cero) días, mientras que la edad máxima de aceptación será de 23 (veintitrés) años y edad máxima de renovación de 24 (veinticuatro) años, posterior a dicha edad no podrá ser renovada la cobertura, ya que será cancelación automática a los 25 (veinticinco) años cumplidos. En el caso de que los hijos del Asegurado sean menores de 12 (doce) años, la Suma Asegurada de esta cobertura estará topada a 60 (sesenta) veces la Unidad de Medida y Actualización vigente a la fecha del Siniestro.

Exclusión para esta cobertura: La Compañía en ningún caso será responsable de pagar la cobertura en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si éste se verifica dentro de los 2 (dos) años posteriores a la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los 2 (dos) años, la Aseguradora reembolsará a los Beneficiarios únicamente la reserva matemática.

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Certificado de defunción del familiar fallecido.
2. Acta de Defunción del familiar fallecido (solo si lo tuviere el Beneficiario).
3. Acta de Nacimiento, en el caso de hijos o Acta de Matrimonio en el caso de cónyuge o constancia de concubinato de tratarse del concubino.
4. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser

un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentación el Siniestro).

2.2 Coberturas Adicionales

Las coberturas que aparecen en esta sección son opcionales y se podrán otorgar con una Prima adicional, únicamente podrán cubrirse conforme a estas condiciones siempre y cuando aparezcan expresamente señaladas como amparadas en la Carátula de la Póliza.

En caso de Siniestro, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada estipulada en cada una de las coberturas adicionales contratadas con independencia de la(s) cobertura(s) básica(s) que se hayan contratado.

2.2.1 Apoyo para Gastos Funerarios del Asegurado

La Compañía pagará el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al o los Beneficiario(s) designado(s) como apoyo para los gastos funerarios por el fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando sea especificada en la Carátula de la Póliza como contratada y el evento y/o siniestro ocurra mientras la Póliza este en vigor.

Requisitos para la reclamación:

1. Certificado de Defunción del Asegurado.
2. Acta de Defunción del Asegurado (solo si lo tuviere el Beneficiario).
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

Exclusión para esta cobertura: La Compañía en ningún caso será responsable de pagar la cobertura en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si éste se verifica dentro de los 2 (dos) años posteriores a la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los 2 (dos) años mencionados, la Aseguradora reembolsará a los Beneficiarios únicamente la reserva matemática.

2.2.2 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente (RDHA)

Siempre y cuando aparezca esta cobertura como amparada en la Carátula de la Póliza, la Compañía pagará 1 (una) renta diaria por cada día de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente, ocurrido durante la Vigencia de la cobertura señalada en la Carátula de la Póliza. La Suma Asegurada para esta cobertura, que equivaldrá a 1 (una) renta diaria, se señalará en la Carátula de la Póliza. Las rentas diarias que pagará la Compañía incluirán el primer día de Hospitalización como parte de la indemnización, siempre y cuando se cumpla lo que a continuación se especifica.

El Asegurado estará amparado bajo esta cobertura, siempre y cuando:

1. Sea médicamente necesaria su Hospitalización para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida como consecuencia de un Accidente.
2. Pase al menos un día internado el Asegurado de forma completa e ininterrumpida en un Hospital, es decir, se considerará como un día completo cuando hayan transcurrido 24 (veinticuatro) horas continuas.

LIMITE Y RESTRICCIÓN DE LA COBERTURA: Esta cobertura adicional tiene como límite de pago hasta 30 (treinta) días, esto es, el pago de hasta 30 (treinta) rentas diarias por Evento, y el número de Eventos amparados por Vigencia anual está limitado a 1 (uno).

En caso de que el Asegurado sea hospitalizado a consecuencia del mismo Accidente que dio lugar a una Hospitalización previamente cubierta por la Compañía, y siempre y cuando dicha Hospitalización ocurra dentro de los 90 (noventa) días posteriores al alta anterior, será considerada como continuación de la misma constituyendo un mismo Evento, por lo que en dicho caso solo se le cubrirán al Asegurado las rentas que le resten dentro del límite máximo por Evento.

La Compañía pagará al Asegurado las rentas de esta cobertura, aun cuando el Asegurado hubiera estado internado en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva del Hospital, por lo que no se modifica el monto a recibir independientemente del tipo de Hospitalización.

Al ser esta cobertura una protección en vida del Asegurado, en caso de que fallezca durante su Hospitalización, el pago correspondiente de las rentas o Suma Asegurada de esta cobertura se realizará a los Beneficiarios para las coberturas de fallecimiento.

Exclusiones particulares de esta cobertura

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

- **Tratamientos Ambulatorios.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas en las que éste haya participado directamente como provocador.**
- **Hospitalización a causa de lesiones corporales resultantes de cualquier participación en un entrenamiento o conflicto armado planeado por autoridades civiles o militares.**

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Informe del Médico tratante que indique el motivo que origina la hospitalización, debiendo contener nombre completo, cédula y firma del Médico.
2. Documento emitido, sellado y firmado por el Hospital en donde conste la fecha y hora del internamiento, horas de hospitalización, fecha y hora del alta hospitalaria y breve explicación del origen y necesidad de la estancia Hospitalaria.
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro).

Adicionalmente y en caso de poderlos brindar:

1. Factura del Hospital (en caso de ser Hospital privado).
2. Desglose de la cuenta Hospitalaria (en caso de Hospital privado y con el fin de revisar el periodo de hospitalización).

2.2.3 Enfermedades Graves (EG)

Al amparo de este seguro se pueden contratar una o más coberturas de las siguientes denominadas "Enfermedades Graves": Cáncer, Cáncer in-situ, Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebrovascular, Insuficiencia Renal Terminal, Trasplante de Órganos Vitales, Esclerosis Múltiple, Cirugía de Revascularización coronaria o Angioplastia, Parálisis de extremidades o Distrofia muscular.

La protección que otorga cualquiera de las coberturas de esta sección de Enfermedades Graves, opera a primer Diagnóstico, es decir, la Compañía pagará la Suma Asegurada en 1 (una) sola exhibición correspondiente a la cobertura contratada siempre y cuando el Asegurado obtenga por primera vez el Diagnóstico inequívoco de un Médico especialista de la enfermedad contratada (no se cubren segundos Diagnósticos ni posteriores).

En cualquier caso, la(s) cobertura(s) que tendrá el Asegurado será(n) la(s) que aparezca(n) en la Carátula de la Póliza.

Todas las coberturas de esta sección operan con la aplicación de un Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales a partir de la fecha del inicio de Vigencia estipulado en la Carátula de la Póliza y no cubrirán Enfermedades Preexistentes.

Una vez indemnizada alguna cobertura de esta sección, tal cobertura se cancelará continuando las demás coberturas contratadas, sin embargo, no se permitirá la renovación de la cobertura indemnizada al siguiente año de renovación.

IMPORTANTE: La cobertura de Cáncer debe estar incluida en la emisión de coberturas de esta sección de Enfermedades Graves de manera obligatoria.

2.2.3.1 Cáncer

Diagnóstico inequívoco de tumor maligno verificado por un estudio histopatológico. Incluye leucemia, linfoma y melanoma.

Exclusiones de Cáncer:

Para efectos de este seguro, no están cubiertos:

- **Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones premalignas.**
- **Cáncer de próstata en estadio menor a II de la 8ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC).**
- **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a II de la 8ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC).**
- **Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.**
- **Cáncer diagnosticado o tratado durante el Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días o antes de la fecha de contratación de la Póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica, o cáncer diagnosticado con base en células tumorales, moléculas asociadas al tumor**

o marcadores en sangre, saliva, heces u otros fluidos, en ausencia de evidencia histopatológica definitiva.

- **Cánceres de la piel.**
- **Cánceres de tiroides menor de 2 cm.**

Requisitos para la reclamación

1. Informe del Médico oncólogo que especifique estadio del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y clasificación, estadificación. El informe médico deberá contener nombre y cédula profesional vigente.
2. Estudio histopatológico emitido por un patólogo con nombre completo y cédula (el estudio histopatológico tiene que ser posterior a la emisión de la Póliza y al Periodo de Carencia (la cédula del patólogo debe ser vigente y correspondiente a la especialidad).
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3.2 Cáncer in-situ

Estadio temprano del cáncer en el cual las células anormales o tumorales están aún confinadas al sitio donde se han originado y no se han extendido a los tejidos vecinos o a otros órganos del cuerpo. Cuando el cáncer in situ involucra las células epiteliales que revisten los órganos internos, se denomina carcinoma in situ.

La definición incluye el cáncer cervicouterino in situ, la displasia cervical severa de la clasificación de la OMS (Organización Mundial de la Salud), la neoplasia intraepitelial cervical III (NIC III) de la clasificación de Richart o las lesiones cervicales de alto grado de la clasificación de Bethesda. Incluye también cáncer de próstata en estadio A o en un estadio equivalente y melanoma sin invasión de la dermis.

Exclusiones de Cáncer in-situ:

Para efectos de este seguro, no están cubiertos:

- **Neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) de grado menor a III.**
- **Displasias leves y moderadas o lesiones cervicales de bajo grado.**
- **Carcinomas de la piel de células basales y escamosas.**
- **Lesiones premalignas.**
- **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a T2N0M0.**

Requisitos para la reclamación

1. Informe del Médico oncólogo que especifique estadio del tumor, tratamiento, evolución clínica, resultados de los estudios practicados y clasificación, estadificación. El informe médico deberá contener nombre y cédula profesional vigente.
2. Estudio histopatológico emitido por un patólogo con nombre completo y cédula (el estudio histopatológico tiene que ser posterior a la emisión de la póliza y al Periodo de Carencia (la cédula del patólogo debe ser vigente y correspondiente a la especialidad).
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3.3 Accidente Cerebrovascular

Muerte de tejido cerebral por inadecuado aporte sanguíneo o hemorragia, que produce síntomas neurológicos agudos típicos y un déficit neurológico que dura al menos 60 (sesenta) días. El Diagnóstico exige cambios nuevos en una tomografía o en una resonancia cerebral. **No cubre déficit menor a 24 (veinticuatro) horas de duración (llamado ataque isquémico transitorio) ni sangrado por lesiones cerebrales preexistentes.**

El Diagnóstico debe ser hecho y corroborado por un Médico especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen [Tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética (RM)].

Exclusiones de Accidente Cerebrovascular:

Para efectos de este seguro, no están cubiertos:

- **Ataque isquémico transitorio.**
- **Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección.**
- **Infartos lacunares que no cumplen con la definición de Accidente Cerebrovascular descrita previamente.**
- **Hemorragia cerebral secundaria a una lesión cerebral preexistente.**
- **Anormalidades en estudios de imagen sin síntomas clínicos claramente relacionados o signos neurológicos.**

Requisitos para la reclamación por Accidente Cerebrovascular

1. Informe médico del especialista en el padecimiento reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la enfermedad, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.
2. TAC o RM compatibles con Accidente Cerebrovascular agudo.
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3.4 Infarto Agudo al Miocardio

Muerte de una porción del músculo cardiaco causada por obstrucción arterial, que se manifiesta por dolor en el pecho, cambios característicos en el electrocardiograma (ECG) y un patrón de elevación y descenso de las enzimas cardiacas conocidas como troponinas. No cubre angina de pecho sin infarto ni elevación aislada de las troponinas.

El Diagnóstico debe ser establecido por un Médico especialista y debe estar apoyado en los siguientes elementos:

- Elevación y descenso de las troponinas cardiacas a niveles considerados Diagnósticos (> percentil 99) y al menos 2 (dos) de los siguientes:

- Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda.
- Cambios nuevos en el ECG compatibles con infarto o aparición de un nuevo Bloqueo de Rama Izquierda del Haz de His BRIHH.
- Evidencia en estudios de imagen de nueva pérdida de miocardio o anomalías regionales en la movilidad de las paredes.

Exclusiones:**Para efectos de la cobertura de Infarto Agudo al Miocardio, no están cubiertos:**

- **Cambios en el ECG que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.**
- **Angina de pecho.**
- **Elevación mínima de troponinas, sin anomalías Diagnósticas en el ECG ni signos clínicos de infarto.**

Requisitos para la reclamación por Infarto Agudo al Miocardio:

1. Informe médico del especialista en el padecimiento reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la enfermedad, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Electrocardiogramas obtenidos durante el Evento agudo que muestren cambios compatibles con el infarto.
3. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3.5 Insuficiencia Renal Terminal

Falla total, crónica e irreversible de ambos riñones que hace necesario efectuar diálisis peritoneal, hemodiálisis o un trasplante renal.

Exclusiones:**Para efectos de la cobertura de Insuficiencia Renal Terminal, no están cubiertos:**

- **Falla o insuficiencia renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.**

Requisitos para la reclamación:

1. Informe médico del especialista en el padecimiento reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la enfermedad, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual que certifique la necesidad de diálisis periódica. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.

2. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3.6 Trasplante de Órganos Vitales

Se cubre únicamente al Asegurado como receptor del trasplante de cualquiera de los órganos mencionados a continuación:

- Corazón
- Pulmón
- Hígado
- Riñón
- Páncreas

El trasplante debe ser médicamente necesario con base en la confirmación objetiva del deterioro de la función del órgano.

Exclusiones:

Para efectos del Trasplante de Órganos Vitales, no están cubiertos:

- **Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.**
- **Donante del órgano.**

Requisitos para la reclamación:

1. Informe médico del especialista en el padecimiento reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la enfermedad, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3.7 Esclerosis Múltiple

Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple definitiva confirmada y evidenciada por todo lo siguiente:

- Estudios diagnósticos incluyendo hallazgos típicos en una resonancia magnética, que confirmen el Diagnóstico de esclerosis múltiple.
- Alteraciones de la función motora o sensitiva, o déficit neurológico múltiple que persisten por un periodo continuo de al menos 6 (seis) meses a partir del Diagnóstico.

Requisitos para la reclamación:

1. Informe médico del especialista en el padecimiento reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados

- (interpretaciones), evolución de la enfermedad, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3.8 Cirugía de revascularización coronaria o Angioplastia

Cirugía a corazón abierto que se lleva a cabo para corregir o tratar estenosis o bloqueos en una o más arterias coronarias mediante injertos arteriales y/o venosos. Es necesario que exista demostración angiográfica de obstrucción coronaria significativa y el procedimiento quirúrgico debe ser considerado como médicamente necesario por un cardiólogo.

Se entenderá como Angioplastia, al procedimiento intervencionista basado en el uso de catéteres con balón o en dispositivos similares, con o sin la colocación de endoprótesis coronarias, que se lleva a cabo para el tratamiento de obstrucciones coronarias totales o parciales que estrechan la luz del vaso en forma significativa (obstrucciones del 70% o mayores), con el propósito de restablecer o mejorar el flujo de sangre hacia el músculo cardíaco.

Exclusiones para Cirugía de revascularización coronaria o Angioplastia:

Para efectos de este seguro, no están cubiertos:

- **Revascularización con láser.**
- **Técnicas quirúrgicas que no requieran la apertura del tórax u otras cirugías cardíacas que no sean específicamente una cirugía de bypass coronario.**

Requisitos para la reclamación:

1. Informe médico del especialista en el padecimiento reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), informe del procedimiento quirúrgico y de la angiografía coronaria previa a la cirugía, evolución de la enfermedad, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentación el Siniestro).

Bajo esta cobertura únicamente se amparará el procedimiento de revascularización coronaria o una Angioplastia, lo que ocurra primero, posteriormente a que se indemnice cualquiera de los dos procedimientos, esta cobertura no podrá ser renovada a la siguiente Vigencia.

2.2.3.9 Parálisis de extremidades o distrofia muscular

Pérdida total de la función muscular en dos o más extremidades (brazos o piernas) como resultado de una lesión o de una enfermedad de la médula espinal o del cerebro, que debe persistir por al menos 90 (noventa) días

continuos después del evento precipitante. Incluye la pérdida de función de miembros o extremidades clasificada como diplejía, hemiplejía, tetraplejía o cuadriplejía.

Se entenderá como distrofia muscular al grupo de enfermedades degenerativas hereditarias de los músculos caracterizadas por debilidad y atrofia muscular. El Diagnóstico debe ser inequívoco y confirmado por un neurólogo. La condición debe resultar en una incapacidad del Asegurado para realizar (con o sin ayuda), al menos 3 (tres) de las siguientes 6 (seis) actividades de la vida diaria (AVD) durante un periodo continuo de al menos 180 (ciento ochenta) días.

- i. Lavarse: la capacidad de lavarse en la bañera o la ducha (incluido entrar y salir de la bañera o la ducha) o lavarse satisfactoriamente por otros medios;
- ii. Vestirse: la capacidad de ponerse, quitarse, asegurar y desabrochar todas las prendas y, según corresponda, cualquier aparato ortopédico, prótesis u otros dispositivos;
- iii. Transferencia: la capacidad de pasar de una cama a una silla vertical o silla de ruedas y viceversa;
- iv. Movilidad: la capacidad de moverse en el interior de una habitación a otra en superficies niveladas;
- v. Ir al baño: la capacidad de usar el baño o manejar las funciones de los intestinos y la vejiga para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;
- vi. Alimentarse: la capacidad de alimentarse por sí mismo una vez que se ha preparado y puesto a disposición la comida. A los efectos de esta definición, alimentarse con la ayuda de equipos, dispositivos y/o aparatos especiales y que no pertenezcan a la ayuda humana.

Exclusiones:

Para efectos de Parálisis de extremidades o distrofia muscular, no están cubiertos:

- **Condiciones o trastornos en los cuales la parálisis sea de naturaleza temporal.**
- **Daños autoinfligidos.**
- **Parálisis parcial.**

Requisitos para la reclamación:

1. Informe médico del especialista en el padecimiento reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la enfermedad, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado actual. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.
2. Cuando se requiera que el pago sea realizado a través de transferencia electrónica, proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y un comprobante de que la cuenta esté a nombre del Asegurado (en caso de que ser un estado de cuenta el mismo no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentación el Siniestro).

Adicionalmente y en caso de poderlos brindar:

1. Dictamen médico emitido por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado. En el caso de no estar afiliado, se requiere un Certificado expedido por un Médico con cédula profesional, con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado junto con el resultado de los estudios actualizados que avalen la incapacidad por Accidente.

Bajo esta cobertura únicamente se amparará una parálisis de extremidades o distrofia muscular, lo que ocurra primero, posteriormente a que se indemnice cualquiera de los dos, esta cobertura no podrá ser renovada a la siguiente Vigencia.

3. CLÁUSULAS GENERALES

3.1 Vigencia del contrato

El presente Contrato de Seguro entrará en vigor desde las 00:00 horas de la fecha de inicio de Vigencia señalada en la Carátula de la Póliza correspondiente y terminará a las 00:00 horas de la fecha de fin de Vigencia indicada en el mismo documento.

3.2 Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

3.3 Modificaciones

Al ser este seguro un contrato de adhesión, cualquier cambio o modificación a los formatos elaborados y registrados por la Compañía, así como a las presentes Condiciones Generales, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

La Compañía y el Contratante, podrán acordar realizar modificaciones a las condiciones particulares de la Póliza y/o la Carátula de la Póliza, entendiéndose éstas como cambio en Sumas Aseguradas, Beneficiarios, formas de pago, etc., en todos los casos, cualquier cambio lo hará constar la Compañía por escrito y mediante Endoso.

La Póliza, Carátula de 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 o condiciones efectuadas en otra forma.

En caso de que exista alguna discrepancia entre algún Endoso, Póliza y/o Carátula de 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.

3.4 Prima del Seguro

El Contratante pagará a La Compañía, por concepto de Prima, el monto señalado en la Carátula de esta Póliza.

La Prima vencerá al inicio de cada periodo, establecido en la Carátula de la Póliza y se adeudará en su totalidad aun cuando la Compañía no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo, la comprobación del pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

La Prima podrá ser pagada por el Contratante o el Asegurado en una sola exhibición o se podrá pactar 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.

Salvo pacto en contrario consignado en la Carátula, una vez vencida la Prima, el Asegurado gozará de un Período 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; en caso de no ser cubierta la Prima dentro del plazo estipulado, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

Durante el Período 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 mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuenta de fondos de pago electrónico y periodicidad que se haya convenido. Si se omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el Período de Gracia mencionado en el párrafo que antecede. En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de Prima, en el caso en que la Prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito, transferencia bancaria o cuentas de fondos de pago electrónico, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente, el comprobante en los movimientos de la cuenta o la confirmación de la Institución Financiera que recibe el pago, será(n) prueba plena del pago de la Prima.

3.5 Límites de Edad

Para los efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de la Vigencia de la Carátula de la Póliza o de la renovación correspondiente, los límites de edad establecidos para la contratación de éstas coberturas se describen en la siguiente tabla:

| <i>Coberturas</i> | <i>Edad Mínima de Aceptación</i> | <i>Edad Máxima de Aceptación</i> | <i>Cancelación Automática</i> |
|---|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Fallecimiento por Cualquier Causa | 18 años | 78 años | 80 años |
| Apoyo para Gastos Funerarios para Familiares | | | |
| Cónyuge o concubino(a) | 18 años | 78 años | 80 años |
| Hijos | 0 días | 23 años | 25 años |
| Apoyo para Gastos Funerarios del Asegurado | 18 años | 78 años | 80 años |
| Renta Diaria por Hospitalización por Accidente | 18 años | 68 años | 70 años |
| Enfermedades Graves | 18 años | 68 años | 70 años |

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión o a más tardar dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles a efectuada la rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare 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;

II. 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 repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía 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

IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Todo lo anterior se realizará acorde a las tarifas vigentes registradas por la Compañía ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

3.6 Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no se afectará si el Asegurado cambia de ocupación, siempre que ésta sea lícita.

3.7 Renovación Automática

La Compañía renovará de forma automática la protección que otorga por un periodo de igual duración si no existiera comunicado en el sentido de no renovarla de cualquiera de las partes dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de Vigencia de la Carátula de la Póliza, en las mismas condiciones en las que fueron contratadas. **En cada renovación, se aplicarán las Primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas en la fecha de la renovación y no aplicarán los periodos de carencia.**

Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante y/o Asegurado, las Primas que aplicarán en cada renovación.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos para cada cobertura a renovar.

3.8 Terminación del Contrato de Seguro

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

- a) Término del plazo de Vigencia de la Carátula de la Póliza.
- b) Cuando el Asegurado solicite la terminación anticipada de la Póliza.
- c) Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado.
- d) Si no se paga la Prima dentro del Período de Gracia.
- e) Cuando el Asegurado llegue a la edad de cancelación.

3.9 Procedimiento simplificado para la reclamación del Siniestro

Cualquier Evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento del Siniestro y del derecho constituido a su favor, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso se deberá dar aviso a la Compañía tan pronto desaparezca el impedimento.

3.10 Comprobación del Siniestro

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la ocurrencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Compañía, debiendo presentar los documentos que se mencionan en cada cobertura.

Transcripción del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario 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 del mismo.”

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato de Seguro si el Contratante y/o, el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del Siniestro.

3.11 Dolo o mala fe

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a) Si el Asegurado y/o Beneficiarios, o sus representantes, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al Siniestro.**
- b) 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.**
- c) 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.**

3.12 Arbitraje

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de la preexistencia de la enfermedad 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 pusieren 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.

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.

3.13 Pago de la Suma Asegurada

Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado y/o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán mediante transferencia interbancaria por parte de la Compañía, a una cuenta bancaria y/o cuenta de fondos de pago electrónico a nombre del Asegurado

o Beneficiario, según sea el caso. En caso de que no cuente con ninguna de ellas, se hará por orden de pago o del medio que disponga la Compañía.

Para proceder al pago de cualquier cantidad estipulada en la presente Póliza y/o la Carátula de la Póliza por motivo de los riesgos amparados por la misma, es indispensable que se compruebe a la Compañía, la realización del Evento cubierto, según sea el motivo de la reclamación.

La Compañía pagará la indemnización que corresponda dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que reciba la información y la documentación completa que le permita conocer la ocurrencia del Siniestro, las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

3.14 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 Sobre el Contrato del Seguro:

“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 Sobre el Contrato de Seguro).

“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 Sobre el Contrato de Seguro).

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el Siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas”. (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan, no informan o declaran inexactamente hechos o enfermedades 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 Sobre el Contrato de Seguro).

Con independencia de todo lo anterior, 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) o Asegurado(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 tratado internacional 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.

3.15 Comunicaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio indicado en la Carátula de la Póliza y/o la Carátula de la 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 o mensaje de texto SMS (a la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil Contratante y/o Asegurado haya proporcionado o lleguen a proporcionar a la Compañía al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet) 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 al momento de la contratación del uso de medios electrónicos o por internet. En caso de realizarse las notificaciones vía correo electrónico, vía mensaje de texto SMS, 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 y en relación con 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 otérminos 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.

3.16 Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, se efectuarán en pesos mexicanos, moneda de curso legal en los Estados Unidos Mexicanos, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

3.17 Comisión o compensación directa

“Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.”

3.18 Indemnización por Mora

“Indemnización por Mora. En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas”.

3.19 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 5 (cinco) años, tratándose de fallecimiento y 2 (dos) años en los demás casos contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de dicha ley.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda los plazos de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación ante nuestra Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones.

3.20 Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía entregará por escrito al Contratante o al Asegurado la documentación contractual de la Póliza, Póliza y Condiciones Generales dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del seguro al Contratante y al Asegurado, 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.

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>, 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, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

3.21 Terminación Anticipada del Contrato de Seguro

Si el Pagador de la Póliza desea cancelar la misma de manera anticipada, se deberá sujetar a lo siguiente:

- i) Si el seguro se contrató presencialmente, el Asegurado o el 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 será cancelada a partir del momento en que se emita dicho acuse.
- ii) Si la Póliza se contrató por medios diferentes a presencial, 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 quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

En caso de que se solicite la cancelación anticipada de la Póliza, la Compañía devolverá la Prima Neta pagada no devengada que corresponda (es decir la Prima sin impuestos, derechos, recargos y/o gastos de adquisición). La Compañía realizará dicha devolución al pagador de la Prima dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, a través del mismo método de pago, en caso de haber sido pagada la Prima con tarjeta de crédito o débito, mediante transferencia electrónica de dinero, para lo cual deberá proporcionar los 18 dígitos de su CLABE y brindar un comprobante de que la cuenta esté a su nombre.

3.22 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.prudentialseguros.com.mx

3.23 Competencia

“En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros”.

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

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

Teléfono: 55 1103 7000

Correo: consultasyquejas@prudential.com

Horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs.

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

Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, 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

3.24 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 CONDUSEF, a través de la siguiente dirección electrónica www.condusef.gob.mx

3.25 Aviso de privacidad Simplificado

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

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

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 abril de 2024, con el número CNSF-S0106-0396-2023/CONDUSEF-006230-04.

Folleto de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios.

Antes y durante la contratación del seguro, nuestros Asegurados tienen los siguientes derechos:

1. A solicitar a los agentes, empleados y apoderados, la identificación que los acredite como tales.
2. A solicitar se le informe el importe de la comisión que corresponda al intermediario por la venta del seguro.
3. A recibir toda la información que le permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del Contrato de Seguro.

Durante nuestra atención en el Siniestro, el Asegurado tiene los siguientes derechos:

1. A recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la Suma Asegurada, aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el Periodo de Gracia para el pago de la misma.
2. A una asesoría integral sobre su Siniestro por parte de la Compañía.
3. A comunicarse a la Compañía y externar su opinión con el supervisor responsable sobre la atención o asesoría recibida.
4. A recibir información sobre los procesos siguientes al Siniestro.
5. A cobrar a la Compañía una indemnización por mora, en caso de falta de pago oportuno de las Sumas Aseguradas.
6. A solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF en caso de haber presentado una reclamación ante la misma, y que las partes no se hayan sometido al arbitraje.
7. Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si es Beneficiario en una Póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de controversia, el Asegurado tiene derecho a presentar una reclamación, queja, consulta o solicitud de aclaración ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones en el correo electrónico consultasyquejas@prudential.com.

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 abril de 2024, con el número CNSF-S0106-0396-2023/CONDUSEF-006230-04.