



Prudential

CONDICIONES GENERALES
Seguro de Vida Individual Temporal Corto Plazo P2 2025

CONDICIONES GENERALES

SEGURO MASIVO

“Seguro de Vida Individual Temporal Corto Plazo - P2 2025”



Contenido

1. DEFINICIONES	1
2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS	4
2.1 Cobertura Básica	4
2.1.1 Cobertura básica de Fallecimiento por cualquier causa	5
2.2 Coberturas Adicionales	5
2.2.1 Muerte Accidental (MA)	5
2.2.2 Invalidez Total y Permanente por Accidente	6
2.2.3 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente (RDHA)	8
2.2.4 Pérdida(s) Orgánica(s) por Accidente	9
2.2.5 Apoyo para Gastos de Atención Médica por Accidente	11
2.2.6 Fractura de huesos, Dislocaciones o Quemaduras graves	12
3. CLÁUSULAS GENERALES	16
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	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	21
3.14 Suicidio	21
3.15 Agravación del Riesgo	21
3.16 Comunicaciones	22
3.17 Moneda	23
3.18 Comisión o compensación directa	23
3.19 Indemnización por Mora	23
3.20 Prescripción	23
3.21 Entrega de la Documentación Contractual	23
3.22 Terminación Anticipada del Contrato de Seguro	24
3.23 Uso de Medios Electrónicos	24
3.24 Competencia	24
3.25 Invitación para Consultar al RECAS	25
3.26 Aviso de privacidad corto	25



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(s) persona(s) identificada(s) como Asegurado(s) 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 amparado 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 la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del Asegurado y que le origina directamente lesiones corporales que requieren tratamiento médico y/o quirúrgico en los días determinados en cada cobertura posteriores a su ocurrencia o la muerte.

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 en 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.

Culpa Grave

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de obligaciones. Es cuando la persona omite las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

Diagnóstico

Es el dictamen sobre un padecimiento o condición de este, 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.

Dislocación o luxación completas

Es la separación completa de los huesos que forman una articulación, diagnosticada por un Médico y tratada mediante la colocación de los huesos en su lugar (procedimiento de reducción).

Dislocación o luxación parciales

Es la separación incompleta de los huesos que forman una articulación, diagnosticada por un Médico y tratada mediante la colocación de los huesos en su lugar (procedimiento de reducción).

Dislocaciones múltiples o luxaciones múltiples

Es la presencia de dos o más dislocaciones que requieren procedimientos de reducción.

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.

Fractura

Es la lesión traumática de un hueso ocasionada por la acción de una fuerza externa a consecuencia de un Accidente, caracterizada por una interrupción de la continuidad del tejido óseo. Debe ser diagnosticada por un Médico con cédula profesional y demostrada mediante estudios radiológicos.

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.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

Es el estado del Asegurado originado por el sufrimiento de lesiones corporales a causa de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia de la póliza, que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales, y cuando se presuma que dicha imposibilidad sea de carácter permanente; siempre y cuando dicha invalidez haya sido dictaminada como tal por una institución pública de salud o privada de salud, en donde tal dictamen esté soportado por estudios clínicos, de gabinete, exploración y vigilancia física, entre otros.

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

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

Muerte Accidental

Es el fallecimiento del Asegurado a causa de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia de la póliza o hasta un lapso no mayor a 90 (noventa) días siguientes a la fecha de tal 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).**

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.

Práctica profesional de deporte

Es la práctica de deportes en la cual, los atletas reciben un pago por su actividad y dichos practicantes cuentan con certificación y/o acreditación para llevar a cabo esta práctica deportiva.

Prima

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

Quemaduras Graves

Son las quemaduras de tercer grado que afecten al menos el 20% (veinte por ciento) de la superficie corporal del Asegurado según los resultados de la tabla de Lund-Browder o un calculador equivalente. Serán consideradas como Quemaduras Graves y están amparadas también las quemaduras de tercer grado de cabeza o cara que requieran intubación endotraqueal. El Diagnóstico deberá ser confirmado por un Médico especialista y evidenciado por los resultados de la tabla de Lund-Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

Siniestro

Es la 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 el mismo 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 los 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 Básica

La cobertura básica descrita en este apartado, opera con Suma Asegurada independiente y la responsabilidad máxima de la Compañía es la establecida en la Carátula de la Póliza, en ningún caso la indemnización será superior a este límite.



2.1.1 Cobertura básica de 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, 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 suicido, 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.

2.2 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 a la cobertura básica.

2.2.1 Muerte Accidental (MA)

Siempre y cuando se encuentre esta cobertura como amparada en la Carátula de la Póliza, adicional a la cobertura básica de Fallecimiento por cualquier causa y, si derivado de un Accidente que suceda dentro de la Vigencia de la Carátula de la Póliza o hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de tal Accidente, falleciere el Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en la Carátula de la Póliza de esta Póliza para esta cobertura.

Esta cobertura tiene una Suma Asegurada en adición a la cobertura básica.

Exclusiones para la cobertura de Muerte Accidental.

La Aseguradora en ningún caso será responsable de pagar por fallecimientos derivados de:

- **La auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **La práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**



- **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.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Riñas y actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado y éste sea sujeto activo.**
- **Cualquier envenenamiento doloso que no sea Accidente.**
- **Homicidio doloso, es decir, cuando se derive de la participación directa del Asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales, mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- **La Aseguradora 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 suicido, 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 Asegurado.
2. Acta de Defunción del Asegurado (solo si la tuviere el Beneficiario).
3. Informe médico del especialista sobre las lesiones originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución del padecimiento, tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, secuelas (complicaciones) y estado previo al fallecimiento. El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del Médico, cédula profesional vigente y firma.
4. En caso de que en el Accidente que ocasionó el fallecimiento hubiera sido necesaria la intervención del ministerio público, se requerirá anexar a la documentación el acta o carpeta de investigación del ministerio público correspondiente.
5. 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, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.2 Invalidez Total y Permanente por Accidente

Siempre y cuando se encuentre esta cobertura como amparada en la Carátula de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado, la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura en una sola exhibición, al sufrir el Asegurado un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un Accidente que ocurra dentro de la Vigencia de la Carátula de la Póliza, que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o



intelectuales y cuando se presume que dicha imposibilidad sea de carácter permanente; dicha invalidez deberá ser dictaminada como tal por una institución pública de salud o privada de salud, en donde tal dictamen esté soportado por estudios clínicos, de gabinete, exploración y vigilancia física, entre otros, además de haber sido a consecuencia de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia que cubra al Asegurado.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente: la pérdida de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y de un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

Al decretarse el estado de Invalidez Total y Permanente 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 esta Cobertura.

Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente.

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

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **La Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **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.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes durante el ejercicio de funciones del Asegurado de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.**
- **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 sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Dictamen médico emitido por la institución de seguridad social a la que se encuentre afiliado el Asegurado en el que se especifique el mecanismo del Accidente que causa la Invalidez. 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 invalidez por Accidente.



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 Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.3 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente (RDHA)

Siempre y cuando se encuentre 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 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:

1. Sea médicamente necesaria su Hospitalización para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida como consecuencia de un Accidente.
2. El Asegurado pase al menos un día internado 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 ésta 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.

En caso de que el Asegurado fallezca durante su Hospitalización, las rentas o Suma Asegurada de esta cobertura se pagará a los Beneficiarios para la cobertura 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 Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, 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).

2.2.4 Pérdida(s) Orgánica(s) por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de la Póliza, si a causa de un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia de la Carátula de la Póliza (o dentro de un plazo de hasta 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de tal Accidente) y limitado a un Evento por Vigencia, el Asegurado perdiera alguno de sus miembros u órgano, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada señalada en la Carátula de la Póliza, que corresponda de acuerdo con la siguiente tabla:

Pérdida Ocurrida	% de Suma Asegurada
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos.	30%
La vista de un ojo	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa de los oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 cm	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Se entiende por pérdida de la mano su anquilosamiento o su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella hacia el codo; por pérdida del pie, su anquilosamiento o su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella hacia la rodilla; por pérdida de la vista de un ojo se entenderá la desaparición completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo; por pérdida de dedos, la separación desde la articulación metacarpo o metatarsofalángica, según sea el caso, o arriba de la misma. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación de la Carátula de la Póliza.



IMPORTANTE: Cuando sean varias las indemnizaciones en un mismo Accidente durante la Vigencia de la Carátula de la Póliza, la indemnización acumulada no podrá exceder la Suma Asegurada señalada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación de la Carátula de la Póliza.

Exclusiones para la cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente.

La Compañía no será responsable al amparo de esta cobertura por pérdidas derivadas de:

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **La Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **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.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Accidentes durante el ejercicio del Asegurado de funciones de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**
- **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental amparada.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Informe médico del especialista sobre las pérdidas originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración y descripción del mecanismo de lesión), en caso de tenerlos, estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la lesión, 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. Estudios de radiografías e interpretación que ampare la pérdida orgánica.



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, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.5 Apoyo para Gastos de Atención Médica por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de la Póliza, la Compañía reintegrará al Asegurado los gastos en que éste incurra como consecuencia de un Accidente, y hasta por 10 (diez) días posteriores al mismo, por someterse a un tratamiento médico, intervención quirúrgica o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia y medicinas hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, limitado a un solo Evento. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación de la Carátula de la Póliza.

El monto total del pago será determinado por la suma de todos los gastos por los servicios descritos en el párrafo anterior y siempre que sean médicamente necesarios. En caso de que el monto de los gastos sea mayor a la Suma Asegurada, se considerará la Suma Asegurada como el monto total o límite de responsabilidad de la Compañía. Una vez pagada la indemnización correspondiente, la Compañía queda liberada de obligaciones derivadas de esta cobertura.

Exclusiones para la cobertura de Apoyo para Gastos de Atención Médica por Accidente.

La Compañía no será responsable al amparo de esta cobertura por Accidentes derivados de:

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **Viajes 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.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**
- **Cualquier envenenamiento doloso que no sea Accidente.**
- **Los siguientes eventos:**
 - **Hernias o eventraciones, excepto si son de carácter accidental.**



- **Abortos, cualquiera que sea su causa.**
- **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental amparada.**
- **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Intentos de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Informe Médico del especialista sobre las lesiones originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución del padecimiento, 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. Algún comprobante que ampare los gastos realizados como son el estado de cuenta hospitalario o el desglose de gastos hospitalarios o la factura hospitalaria, los recibos de honorarios médicos o las facturas por medicamentos, servicios de enfermería o ambulancia.
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, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.6 Fractura de huesos, Dislocaciones o Quemaduras graves

De encontrarse como contratada la cobertura en la Carátula de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado, en una sola exhibición y tomando como límite la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, por cualquiera de los siguientes Eventos: Fracturas, Dislocaciones o Quemaduras Graves que ocurran durante la Vigencia de esta cobertura a consecuencia de un Accidente, con base en las definiciones descritas, limitado a 1 (un) Evento por Vigencia.

2.2.6.1 Fractura de Huesos

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de la Póliza, la Compañía indemnizará al Asegurado si sufre una o varias Fracturas óseas simultáneas cubiertas a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la Vigencia de la Carátula de la Póliza y que puedan ser demostradas dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente. En caso de Fracturas simultáneas, se pagará el monto procedente para cada Fractura sin que el total exceda la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Limitado a un Evento por Vigencia. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación de la Carátula de la Póliza.

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

Localización de la Fractura Accidental	% Suma Asegurada
Cuello	100%
Cadera, pelvis	80%
Cráneo	50%
Fémur, tarso, húmero	40%
Tobillo, tibia o peroné, codo, escápula	35%
Maxilar inferior, clavícula	30%



Cúbito, radio, muñeca	25%
Vérttebras	20%
Esternón, patela, hueso malar	15%
Mano (excluyendo dedos y muñeca), pie (excluyendo dedos y tarso)	10%

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

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

CIE: Catálogo de Diagnóstico y procedimientos

Exclusiones para la cobertura de Fractura de Huesos.

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

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **Se excluyen las fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o Fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de Fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.**
- **Fracturas producidas como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.**
- **Fracturas patológicas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo).**
- **Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.**
- **Padecimientos preexistentes que después generen Fracturas.**
- **La Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **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.

- Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.
- Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
- Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.
- Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.
- Intentos de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- La práctica profesional de cualquier deporte.
- Fracturas que sean efecto directo, total o parcial, de Operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un Accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- Fracturas de muñeca y dedos en caso de mano y Fractura de dedos y tarso en caso de pie.

Requisitos para la reclamación de esta cobertura:

1. Informe médico del especialista sobre las Fracturas originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la Fractura, 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 Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

2.2.6.2 Dislocaciones

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de la Póliza, la Compañía deberá pagar al Asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada contratada, especificado en la siguiente tabla, conforme a la localización de la Dislocación o Luxación completas causada por un Accidente ocurrido dentro de la Vigencia de la Carátula de la Póliza. Para el caso de una Luxación o Dislocación parciales, se pagará el 25% (veinticinco por ciento) del porcentaje de la Suma Asegurada. En caso de Dislocaciones múltiples, se pagará el porcentaje más alto de las articulaciones afectadas sin que el total exceda la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Limitado a un Evento por Vigencia. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación de la Carátula de la Póliza.

Dislocaciones o luxaciones (tratadas con procedimientos de reducción)	% Suma Asegurada
Cadera	100%
Rodilla (no rótula)	63%



Hombro	50%
Pie/tobillo	38%
Mano	30%
Mandíbula inferior	30%
Muñeca	25%
Codo	20%
Dedo del pie	9%

Exclusiones para la cobertura de Dislocaciones:

- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **La Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.**
- **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.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**

Requisitos para la reclamación

1. Informe médico del especialista sobre las Dislocaciones originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución de la Dislocación, 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 Beneficiario (en caso de ser un estado de cuenta, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).



2.2.6.3 Quemaduras Graves

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de la Póliza, la Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada, si durante la Vigencia de la Póliza y a consecuencia directa de un Accidente el Asegurado sufriera de Quemaduras Graves que afecten al menos el 20% (veinte por ciento) de la superficie corporal del Asegurado según los resultados de la tabla de Lund-Browder o un calculador equivalente o si sufriera Quemaduras de tercer grado de cabeza o cara que requieran intubación endotraqueal. El Diagnóstico deberá ser confirmado por un Médico especialista y evidenciado por los resultados de la tabla de Lund-Browder o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación de la Carátula de la Póliza.

Exclusiones para la cobertura de Quemaduras Graves:

- **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.**
- **Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del Accidente, o por el uso de drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien, ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.**
- **Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**

Requisitos para la reclamación

1. Informe médico del especialista sobre las Quemaduras originadas por el Accidente reclamado, que incluya: Diagnóstico y fechas de este (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas), estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones), evolución, 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. Carta de Lund-Browder o resultados de un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.
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, no deberá ser mayor a tres meses a la fecha de documentar el Siniestro).

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, 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, la 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 la 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 del seguro se mantendrá vigente conforme a lo establecido en estas condiciones generales. En caso de que ocurra un Siniestro dentro de dicho periodo, la Compañía podrá deducir de la indemnización que corresponda únicamente el monto de la Prima fraccionada vencida y pendiente de pago, conforme a la forma de pago pactada e indicada en la Carátula de la Póliza. Esta deducción se limitará a



la fracción de la Prima correspondiente al periodo de pago pactado, sin que ello implique la exigibilidad del resto de la Prima correspondiente a la Vigencia de la Póliza.

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 estas coberturas se describen en la siguiente tabla:

Coberturas	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Cancelación Automática
Fallecimiento por Cualquier Causa	18 años	78 años	80 años
Muerte Accidental	18 años	68 años	70 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	18 años	68 años	70 años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	18 años	68 años	70 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente	18 años	68 años	70 años
Apoyo para Gastos de Atención Médica por Accidente	18 años	68 años	70 años
Fractura de Huesos, Dislocaciones o Quemaduras 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.

Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante y/o al 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) Si no se paga la Prima dentro del Período de Gracia.
- d) Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado.
- e) Cuando el Asegurado llegue a la edad de cancelación.

3.9 Procedimiento simplificado para la reclamación.

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 avisar 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 de este.”

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 pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que faltare, 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 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 de este.

3.14 Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado dentro de los 2 (dos) primeros años de Vigencia de la Póliza, cualquiera que haya sido el estado mental del Asegurado o móvil del suicidio, la Compañía solamente reembolsará a los Beneficiarios la reserva matemática de conformidad con el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3.15 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.

3.16 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.

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 términos de lo anterior se considerarán válidas siempre que se hayan efectuado al último domicilio, correo electrónico y/o teléfono móvil y/o teléfono fijo que la Compañía tenga conocimiento.



3.17 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.

3.18 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.”

3.19 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.”

3.20 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.

3.21 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 no reciba la documentación mencionada en esta cláusula, 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 la documentación contractual de referencia. O bien, si requiere un duplicado de la póliza, este se le entregará sin costo alguno.



3.22 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, esta será cancelada en la fecha en que la Compañía acuse de recibido dicha solicitud. No obstante, la cobertura continuará vigente hasta el último día del periodo ya pagado. En ningún caso procederá devolución alguna de la prima, incluyendo cualquier fracción no devengada, conforme a lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3.23 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

3.24 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



3.25 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

3.26 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 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 Preceptos 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, en nuestra página de internet: www.prudentialseguros.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 1° de junio de 2026, con el número CNSF-S0106-0411-2025/ CONDUSEF-007072-03.

**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.
4. A evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

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 esta.
2. A una asesoría integral sobre su Siniestro por parte del representante 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 1º de junio de 2026, con el número CNSF-S0106-0411-2025/ CONDUSEF-007072-03.