

CONDICIONES PARTICULARES
Beneficio Adicional
“Cobertura de Pérdida de Ingresos para
Saldos Deudores”

Índice

1.	DEFINICIONES.....	4
1.1	ACCIDENTE.....	4
1.2	ACREDITANTE.....	4
1.3	ASEGURADO	4
1.4	AUTOEMPLEADO.....	4
1.5	BENEFICIARIO.....	4
1.6	BENEFICIARIO PREFERENTE IRREVOCABLE	5
1.7	CARÁTULA DE LA PÓLIZA.....	5
1.8	CONDICIONES PARTICULARES	5
1.9	DESEMPLEADO.....	5
1.10	DESEMPLEO INVOLUNTARIO.....	5
1.11	DESPIDO POR FALTAS GRAVES	5
1.12	DIAGNÓSTICO	5
1.13	ENFERMEDAD	5
1.14	ENFERMEDAD PREEXISTENTE.....	5
1.15	EMPLEADO FORMAL	6
1.16	EMPLEADO INFORMAL.....	6
1.17	EVENTO.....	6
1.18	EXCLUSIONES	6
1.19	FRACTURA.....	6
1.20	HOSPITAL	6
1.21	HOSPITALIZACIÓN	7
1.22	INDEMNIZACIÓN	7
1.23	MÉDICO.....	7
1.24	MÉDICO ESPECIALISTA	7
1.25	PERÍODO DE CARENCIA	7
1.26	PERIODO DE ESPERA	7
1.27	SALDO DEUDOR	7
1.28	SINIESTRO	7
1.29	SUMA ASEGURADA	7
1.30	TRATAMIENTOS AMBULATORIOS	8

1.31	VIGENCIA	8
2.	CONDICIONES PARTICULARES.....	9
2.1.	PÉRDIDAS DE INGRESOS.....	9
2.1.1.	PÉRDIDA DE INGRESOS PERFIL A	10
2.1.1.1.	PÉRDIDA DE INGRESOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO	10
2.1.1.1.1.	EXCLUSIONES	10
2.1.1.1.2.	PERIODOS DE CARENCIA	10
2.1.1.1.3.	PERIODO DE ESPERA	11
2.1.1.1.4.	REQUISITOS DE RECLAMACIÓN:	11
2.1.2.	PÉRDIDA DE INGRESO PERFIL B	11
2.1.2.1.	PÉRDIDA DE INGRESO POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	11
2.1.2.1.1.	EXCLUSIONES	12
2.1.2.1.2.	PERIODO DE ESPERA	13
2.1.2.1.3.	REQUISITOS PARA LA RECLAMACIÓN	13
2.1.2.2.	PÉRDIDA DE INGRESO POR FRACTURA DE HUESOS	13
2.1.2.2.1.	FRACTURAS DE HUESOS CUBIERTAS.....	13
2.1.2.2.2.	EXCLUSIONES	14
2.1.2.2.3.	REQUISITOS PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES.	15
2.2.	EXCLUSIONES GENERALES	15
2.3.	EDAD.....	16
2.4.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.....	16
2.4.1.	PAGO DEL SINIESTRO	17
2.5.	TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL	17
3.	MARCO NORMATIVO	17
3.1.	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES DE PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO	17
3.2.	INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS	18

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la Compañía, establece las presentes Condiciones Particulares del Beneficio Adicional denominado "Cobertura de Pérdida de Ingresos para Saldos Deudores".

El presente Beneficio Adicional será aplicable únicamente cuando se haya contratado e indicado expresamente en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, formando parte integrante del contrato de seguro al que se adicione.

Su otorgamiento quedará sujeto a los términos, condiciones y alcance de la cobertura básica de fallecimiento del seguro de vida correspondiente.

Los términos y condiciones aplicables serán los siguientes:

1. DEFINICIONES

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

1.1 Accidente

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

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

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

1.2 Acreditante

Es aquella persona física o moral, que ha otorgado un crédito al Asegurado.

1.3 Asegurado

Persona física que se encuentra amparada conforme al presente Beneficio Adicional contratado e indicado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.

1.4 Autoempleado

Para efectos del presente contrato, se entenderá aquella persona que realiza una actividad de trabajo y consiste en generar ingresos de forma autónoma y que tiene manera de comprobarlo a través del pago de los impuestos correspondientes, que por su actividad no es elegible a la cobertura por Pérdida de Ingreso por Desempleo Involuntario, por no tener un contrato laboral subordinado de conformidad con la Ley Federal del Trabajo.

De manera ejemplificativa y no limitativa, se considerarán a quienes son dueños de una empresa, a los profesionistas independientes que ofrecen sus servicios, comerciantes y a los trabajadores no formales o por honorarios.

1.5 Beneficiario

Persona física o moral designada por el Asegurado conforme a lo previsto en estas Condiciones Particulares, para recibir la Indemnización que corresponda. Tratándose de coberturas adicionales distintas a la de fallecimiento, el Asegurado podrá ser designado como Beneficiario para recibir la Indemnización correspondiente.

1.6 Beneficiario Preferente Irrevocable

Persona moral designada con carácter irrevocable, que tendrá derecho a recibir en primer término el pago de la Indemnización hasta por el monto del Saldo Deudor, con prelación sobre cualquier otro beneficiario designado, conforme a lo establecido en estas Condiciones.

1.7 Carátula de la Póliza

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

1.8 Condiciones Particulares

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

1.9 Desempleado

Será aquella persona que se encuentre sin ninguna actividad laboral.

1.10 Desempleo Involuntario

Es la terminación de la relación de trabajo del Asegurado durante la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, por causas ajenas a su voluntad y sin responsabilidad alguna, perdiendo dicha fuente de ingreso, y encuadre en alguna de las causales establecidas en el artículo 51 de la Ley Federal del Trabajo o por despido injustificado.

1.11 Despido por Faltas Graves

Son aquellas causales de rescisión de la relación laboral sin responsabilidad para el patrón establecidas en el artículo 47 en la Ley Federal del Trabajo.

1.12 Diagnóstico

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

1.13 Enfermedad

Alteración en la salud que resulte de la acción de agentes internos o externos que afecten el estado fisiológico del organismo, y que requieran tratamiento médico o quirúrgico, sustentado mediante un Diagnóstico debidamente emitido por un Médico o Médico Especialista, según corresponda, así como en estudios que lo corroboren.

Se considerarán como parte de una misma Enfermedad las alteraciones que deriven directa o indirectamente de esta, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas.

1.14 Enfermedad Preexistente

Enfermedades que, con anterioridad al inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, hayan sido diagnosticadas o respecto de las cuales existan estudios, tratamientos o gastos comprobables.

Se consideran Enfermedades Preexistentes aquellas:

1. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicha Enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente o documento médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico o Médico Especialista, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado ha recibido atención médica privada o del Sistema de Salud Mexicano para recibir un diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico,

- para resolver la procedencia de la reclamación.
2. Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por Enfermedad Preexistente cuando cuente con cualquiera de las pruebas que se señalan en los puntos anteriores.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que se han hecho gastos para que el Asegurado reciba un Diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia que se suscite por alguna Enfermedad Preexistente, se aplicará lo dispuesto en la cláusula Arbitraje de las Condiciones Generales.

Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a esta definición en cuanto a las Enfermedades relativas al tipo de examen que se le haya aplicado, y que no hubiesen sido diagnosticadas en el citado examen.

1.15 Empleado Formal

Son aquellos Asegurados que hayan estado contratados como Empleados Formales con un contrato de empleo permanente o con duración indeterminada en jornada laboral completa (al menos 40 (cuarenta) horas semanales) siendo los 6 (seis) meses más recientes con el mismo empleador, y habiendo pagado todas las contribuciones de Seguridad Social conforme a la Ley y que puedan validar la condición anterior mediante recibos de sueldo y constancia de semanas cotizadas.

1.16 Empleado Informal

Son aquellas personas que realicen actividades no registradas, sin un contrato laboral o sin seguridad social. De manera ejemplificativa y no limitativa se considerarán: comerciantes ambulantes, agricultores, personal de servicios domésticos.

1.17 Evento

Hecho o causa, derivado de la materialización del riesgo amparado conforme a las presentes Condiciones, que al ocurrir da origen a un Siniestro.

1.18 Exclusiones

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

1.19 Fractura

Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea en la persona, discontinuidad de los huesos a consecuencia de golpes, fuerza o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

1.20 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 (veinticuatro) 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 la descripción anterior, de no cumplirlo se entenderán excluidos.

Quedan excluidas las instituciones de convalecencia, cuidado de ancianos y centros de descanso, cuidado de alcohólicos o drogadictos.

1.21 Hospitalización

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

1.22 Indemnización

Es el pago de la Suma Asegurada derivado de la ocurrencia de un Siniestro, el cual se aplicará en primer término al Beneficiario Preferente Irrevocable hasta por el monto del Saldo Deudor y, en su caso, el remanente al Asegurado o a los demás Beneficiarios.

1.23 Médico

Persona que ejerce la medicina, que cuenta con título y cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública que lo autoriza para el ejercicio de su profesión que **no sea familiar consanguíneo o por afinidad del Asegurado, así como cualquier persona que resida permanentemente en el hogar del Asegurado, no obstante que cuente con las autorizaciones y acreditaciones necesarias para ejercer la medicina.**

1.24 Médico Especialista

Médico que cuenta con estudios y entrenamiento adicional en una especialidad determinada, así como con cédula profesional de especialidad emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

1.25 Período de Carencia

Es el periodo que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Vigencia que aparece en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, 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/o en el Consentimiento/Certificado Individual y no aplicarán en las renovaciones subsecuentes.

1.26 Período de Espera

Se define como el lapso mínimo que debe transcurrir continua e ininterrumpidamente a partir de la fecha de realización del Evento correspondiente al riesgo amparado de cada cobertura, a fin de que el Asegurado pueda reclamar su Indemnización.

1.27 Saldo Deudor

El monto insoluto de las obligaciones de pago a cargo del Asegurado frente a un Acreditante, derivadas de un contrato de crédito, excluyendo pagos vencidos, intereses moratorios, penalidades y cualquier otro concepto distinto al saldo pendiente de pago.

1.28 Siniestro

La ocurrencia del Evento cubierto por alguna de las coberturas contratadas y prevista en el Contrato que da origen al pago de una Indemnización.

1.29 Suma Asegurada

Monto máximo de responsabilidad de la Compañía para la cobertura contratada, establecido en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, aplicable en caso de proceder el Siniestro.

La Suma Asegurada podrá ser fija o variable, conforme a la regla de determinación acordada entre el Contratante y la Compañía, misma que deberá quedar especificada en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.



1.30 *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.

1.31 *Vigencia*

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



2. CONDICIONES PARTICULARES

2.1. Pérdida de Ingresos

Las coberturas de este producto se aplicarán de acuerdo con el perfil laboral del Asegurado al momento de la ocurrencia del Siniestro, el cual será determinado con base en su situación en dicho momento y de acuerdo con los criterios establecidos en estas Condiciones Particulares.

En caso de que el perfil laboral del Asegurado cambie durante la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, los Siniestros que ocurran con posterioridad serán evaluados conforme al perfil que el Asegurado tenga al momento de su ocurrencia. En consecuencia, resultaran procedentes las coberturas que correspondan al perfil laboral del asegurado en el momento de ocurrencia del siniestro, siempre que se cumplan los requisitos de procedencia de la cobertura correspondiente en cada caso y se encuentren amparadas en la Carátula de la Póliza.

En ningún supuesto lo anterior implicará la ampliación del alcance del seguro, por lo que cada cobertura operará de manera independiente y estará sujeta a sus propios términos, condiciones, límites de responsabilidad y número máximo de Eventos previstos.

Las coberturas previstas en esta sección operarán respecto del Saldo Deudor que el Asegurado mantenga con el Acreditante.

A continuación, se describen los perfiles aplicables y las coberturas correspondientes a cada uno:

Tipo de Perfil Laboral	Pérdida de Ingreso Perfil A	Pérdida de Ingreso Perfil B
Perfil Laboral del Asegurado	Empleado Formal	Autoempleados, Desempleados, Empleados Informales
Cobertura	• Pérdida de Ingreso por Desempleo Involuntario	• Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad • Pérdida de Ingreso por Fractura de Huesos

Las coberturas previstas en esta sección únicamente serán aplicables cuando se encuentren expresamente amparadas en la Carátula de la Póliza y/o el Consentimiento/Certificado Individual.

Si a consecuencia de un mismo Evento se configuran, de manera simultánea, los requisitos de procedencia de la cobertura de Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad, y de la cobertura de Pérdida de Ingreso por Fractura de Huesos, únicamente se indemnizará una de ellas. Sin embargo, ambas coberturas podrán ser indemnizadas durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, siempre que la segunda cobertura susceptible de Indemnización sea consecuencia directa del mismo Evento y sea reclamada a partir del mes calendario siguiente al de la primera reclamación presentada a la Compañía.

La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación del Consentimiento/Certificado Individual para cada una de las coberturas previstas en esta sección.

Las coberturas de Pérdida de Ingreso serán procedentes siempre que, durante la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual y una vez transcurridos el Periodo de Carencia y/o el Periodo de Espera indicado en la Carátula de la Póliza para cada una, ocurra el Evento que corresponda y éste imposibilite temporalmente al Asegurado para el desempeño de su trabajo o actividad habitual, dependiendo de su perfil.

2.1.1. Pérdida de Ingresos Perfil A

2.1.1.1. Pérdida de Ingresos por Desempleo Involuntario

En caso de que, durante la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, ocurra el Desempleo Involuntario del Asegurado conforme a lo previsto en estas Condiciones, la Compañía pagará la Indemnización que proceda hasta por la Suma Asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del Siniestro, aplicándose conforme a lo siguiente:

- a) Se pagará al Beneficiario Preferente Irrevocable el monto del Saldo Deudor que el Asegurado mantenga a la fecha del Siniestro, sin exceder de la Suma Asegurada.
- b) En caso de existir un remanente, se pagará a favor del Asegurado la diferencia entre el Saldo Deudor y la Suma Asegurada.

Para efectos de esta cobertura, se considerará como fecha de ocurrencia del Siniestro aquella en que tenga lugar la terminación involuntaria de la relación laboral, entendida como la fecha en que el Asegurado es separado de su empleo por causas ajenas a su voluntad.

Dicha fecha será la única que se tomará en consideración para determinar la procedencia del Siniestro, la aplicación del Periodo de Carencia, el cómputo del Periodo de Espera y la determinación de la Suma Asegurada.

Esta cobertura únicamente aplica para Asegurados que tengan calidad de Empleados Formales. Quedando limitado a 1 (un) Evento por Vigencia.

2.1.1.1.1. Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

- Vencimiento del plazo convenido en el contrato de trabajo.
- Terminación del contrato de trabajo por causas distintas al Desempleo Involuntario conforme a estas Condiciones Particulares, incluyendo fallecimiento, renuncia o retiro voluntario del trabajador, término de la obra o servicio, cumplimiento de la condición resolutoria y el vencimiento del plazo en los contratos legalmente celebrados bajo modalidad, invalidez absoluta permanente y jubilación obligatoria u opcional.
- Desempleo Involuntario ocurrido dentro del Periodo de Carencia especificado.
- Despido por causas justas o Faltas Graves del Asegurado, entendiéndose por estas, las establecidas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.
- Jubilación, pensión o retiro del Asegurado.

2.1.1.1.2. Periodos de Carencia

Para esta cobertura se aplicará el Período de Carencia de 90 (noventa) días naturales, el cual se contará a partir del inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

2.1.1.1.3. Período de Espera

Para esta cobertura se aplica el Período de Espera de 60 (sesenta) días naturales, contado a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro.

Para que la Indemnización sea procedente, el Asegurado deberá permanecer en condición de Desempleo Involuntario de manera continua durante dicho periodo.

2.1.1.1.4. Requisitos de reclamación:

1. Documento que compruebe el desempleo, según corresponda:
 - a. Constancia de semanas cotizadas del IMSS
 - b. Aviso de Alta y Baja del ISSSTE
 - c. Aviso de baja del trabajador del ISSFAM o ISSEMYM
 - d. Recibo de liquidación, finiquito o documento que acredite la terminación de la relación laboral (carta del empleador, laudo).

En caso de no contar con los documentos anteriores, la Compañía podrá aceptar otros documentos que acrediten de manera fehaciente la terminación de la relación laboral.

2. Identificación oficial vigente con fotografía y firma autógrafa del Asegurado.

En caso de existir discrepancia entre documentos, se atenderá a aquel que acredite la fecha de terminación involuntaria de la relación laboral conforme a los términos en que ésta haya sido jurídicamente determinada, incluyendo convenios, laudos o resoluciones emitidas por autoridad competente o instancias de conciliación laboral, con independencia de otros documentos administrativos, pagos posteriores o constancias emitidas con posterioridad.

2.1.2. Pérdida de Ingreso Perfil B

2.1.2.1. Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad

En caso de que, durante la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, el Asegurado sea hospitalizado como consecuencia de un Accidente ocurrido o una Enfermedad diagnosticada dentro de dicha Vigencia y conforme a lo previsto en estas Condiciones, la Compañía pagará la Indemnización que proceda hasta por la Suma Asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del Siniestro, aplicándose conforme a lo siguiente:

- a) Se pagará al Beneficiario Preferente Irrevocable el monto del Saldo Deudor que el Asegurado mantenga a la fecha del Siniestro, sin exceder de la Suma Asegurada.
- b) En caso de existir un remanente, se pagará a favor del Asegurado la diferencia entre el Saldo Deudor y la Suma Asegurada.

Para efectos de esta cobertura, se considerará como fecha de ocurrencia del Siniestro aquella en que tenga lugar el inicio de la Hospitalización del Asegurado, entendiéndose como tal la fecha de su ingreso como paciente interno al Hospital.

Dicha fecha será la que se tome en consideración para determinar la procedencia del Siniestro, la aplicación del Período de Espera y la determinación de la Suma Asegurada.

El Asegurado estará amparado por esta Cobertura siempre y cuando un Médico determine que es necesaria su Hospitalización para restablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida, como consecuencia de un

Accidente ocurrido o de una Enfermedad diagnosticada, y que permanezca internado en un Hospital por un periodo mínimo de 2 (dos) noches consecutivas.

Esta cobertura aplica únicamente para Asegurados que no tengan la calidad de Empleados Formales conforme a estas Condiciones Particulares. Quedando limitado a 1 (un) Evento por Vigencia.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la Hospitalización, no procederá el pago de esta cobertura, por lo que únicamente se pagará, en su caso, la Indemnización correspondiente a la Cobertura Básica (Fallecimiento) conforme a lo establecido en estas Condiciones Particulares.

2.1.2.1.1. Exclusiones

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

- **Tratamientos Ambulatorios.**
- **Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos activamente por el Asegurado, o las que se deriven de riñas en las que éste haya participado directamente como provocador.**
- **Hospitalización a causa de lesiones corporales resultantes de cualquier participación activa por parte del Asegurado en un entrenamiento o conflicto armado planeado por autoridades civiles o militares.**
- **Hospitalización por tratamientos para la fertilidad, esterilización, embarazo, aborto, parto normal o quirúrgico y sus consecuencias.**
- **Hospitalización por tratamientos y cirugías dentales y maxilofaciales.**
- **Hospitalización para la realización de cirugías estéticas para fines de embellecimiento, así como toda cirugía que tenga por finalidad corregir deformaciones, malformaciones, imperfecciones y anomalías congénitas incluyendo cirugías plásticas a menos que la cirugía sea consecuencia de un Accidente.**
- **Hospitalización para recibir tratamientos psiquiátricos o por drogadicción o alcoholismo.**
- **Hospitalización a causa de padecimientos como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
- **Hospitalización a causa de padecimientos crónicos.**
- **Hospitalización a causa de Padecimientos o Enfermedades Preexistentes a la fecha de inicio de la cobertura correspondiente, según lo indicado en el Consentimiento/Certificado Individual.**
- **Cuando dentro del mismo mes calendario ya se haya indemnizado la Cobertura de Pérdida de Ingreso por Fractura de Huesos.**

No se considerarán como Hospital para efectos de esta cobertura:

- **Instituciones de convalecencia, cuidado de ancianos y centros de descanso, cuidado de alcohólicos o drogadictos.**
- **Instituciones que no cuenten con los permisos necesarios para operar como Hospital.**

2.1.2.1.2. Periodo de Espera

Para esta cobertura se aplicará el Periodo de Espera de 2 (dos) noches, el cual se contará a partir de la fecha de ocurrencia del Siniestro.

2.1.2.1.3. Requisitos para la reclamación

1. Informe del Médico especialista en la materia 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 de ingreso, fecha y hora de la alta hospitalaria y breve explicación del origen y necesidad de la estancia hospitalaria.
3. Identificación oficial vigente con fotografía y firma autógrafa del Asegurado.

2.1.2.2. Pérdida de Ingreso por Fractura de huesos

En caso de que, durante la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, el Asegurado sufra una o varias Fracturas óseas cubiertas a consecuencia de un Accidente ocurrido dentro de dicha Vigencia y conforme a lo previsto en estas Condiciones, la Compañía pagará la Indemnización que proceda hasta por la Suma Asegurada vigente a la fecha de ocurrencia del Siniestro, aplicándose conforme a lo siguiente:

- a) Se pagará al Beneficiario Preferente Irrevocable el monto del Saldo Deudor que el Asegurado mantenga a la fecha del Siniestro, sin exceder de la Suma Asegurada.
- b) En caso de existir un remanente, se pagará a favor del Asegurado la diferencia entre el Saldo Deudor y la Suma Asegurada.

Para efectos de esta cobertura, se considerará como fecha de ocurrencia del Siniestro aquella en que tenga lugar el Accidente que origine la Fractura.

La Fractura deberá ser diagnosticada mediante atención médica dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente, a fin de acreditar que deriva directamente de dicho Accidente.

En caso de múltiples Fracturas derivadas de un mismo Accidente, se pagará un solo monto de la Indemnización equivalente a la Suma Asegurada.

Esta cobertura aplica únicamente para Asegurados que no tengan la calidad de Empleados Formales conforme a estas Condiciones Particulares. Quedando limitado a 1 (un) Evento por Vigencia.

2.1.2.2.1. Fracturas de huesos cubiertas

Para efectos de esta cobertura, únicamente se considerarán cubiertas las Fracturas que correspondan a los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) señalados en la siguiente tabla. Las definiciones de dichos códigos podrán consultarse en: <https://www.prudentialseguros.com.mx/PrudentialMexico/formatos>

Tipo 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
Vértebras	M484, S220, S221, S320
Sacro	S32.1
Esternón, patela, hueso malar, costilla	S024, S222, S223, S224, S228, S820
Mano (excluyendo dedos y muñeca)	S622-S624, S923
Pie (excluyendo el evento de un solo dedo)	
Dedos de la mano o del pie (fractura de más de un dedo)	S62.7, S92.5

2.1.2.2.2. Exclusiones.

El pago de esta cobertura no procederá en los siguientes casos:

- 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 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 o Enfermedades 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.
- Fracturas ocurridas al 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.
- Fracturas ocurridas por Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando activamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- Fracturas ocurridas por 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.



- Fracturas ocurridas por Accidentes durante el servicio militar, actos de guerra, revolución o insurrección.
- Fracturas ocurridas por Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.
- Fracturas ocurridas por actos delictivos intencionales cometidos activamente por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.
- Fracturas ocurridas por Accidentes ocasionados por los dependientes, entendiéndose estos últimos como ascendientes o descendientes en primer grado por consanguinidad o afinidad.
- Fracturas ocurridas por intentos de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- Cuando dentro del mismo mes calendario ya se haya indemnizado la Cobertura de Pérdida de Ingreso por Hospitalización por Accidente o Enfermedad.
- Fracturas que sean efecto directo o indirecto, 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 ocurridas por la práctica profesional de cualquier deporte. (Se considera práctica profesional de cualquier deporte cuando, al contrario de lo que ocurre en el deporte aficionado, el practicante recibe un pago por dicha actividad).

2.1.2.2.3. *Requisitos para el pago de reclamaciones.*

1. Informe Médico especialista en la materia que acredite las Fracturas originadas por el Accidente reclamado, que incluya:
 - Diagnóstico y fechas del mismo (inicio, duración, descripción del mecanismo de lesión y recaídas),
 - Estudios a los que fue sometido y sus resultados (interpretaciones),
 - Tratamiento recibido y fechas de prescripción de medicamentos, y estado actual.
 - Informe del Médico con nombre completo del Médico, cédula profesional y certificación correspondiente vigente y firma.
2. Identificación oficial vigente con fotografía y firma autógrafa del Asegurado.

2.2. *Exclusiones Generales*

Adicionalmente a las exclusiones específicas de cada cobertura, no estarán cubiertos los Siniestros cuando el evento que les dé origen derive directa o indirectamente de cualquiera de los siguientes:

- Uso de materiales nucleares para cualquier fin, incluida la explosión nuclear o la explosión nuclear no provocada, así como la contaminación radiactiva o la exposición a radiaciones nucleares o ionizantes;
- Invasiones, hostilidades, actos u operaciones de guerra, declarados o no, la guerra química o bacteriológica, la guerra civil, la guerra de guerrillas, la revolución, la agitación, el motín, la revuelta, la sedición, la sublevación u otras perturbaciones del orden público que se deriven de ellas, excepto en

el caso del cumplimiento del servicio militar o de los actos de humanidad en auxilio de otros;

- Las pérdidas, lesiones y daños causados directa o indirectamente por un acto terrorista, en las que el Asegurado participe activamente.
- Epidemias, pandemias e intoxicaciones de carácter colectivo, así declaradas por un órgano competente;
- Tifones, huracanes, ciclones, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas y otras convulsiones de la naturaleza;
- Actos ilícitos intencionales cometidos por el Asegurado.

2.3. *Edad*

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

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

<i>Edad Mínima de Ingreso</i>	<i>Edad Máxima de Ingreso</i>	<i>Edad Máxima de Renovación</i>	<i>Cancelación Automática*</i>
18 años	69 años	69 años 11 meses	70 años

*Este Beneficio Adicional se cancelará automáticamente en el aniversario del Consentimiento/Certificado Individual inmediato siguiente a aquel en que el Asegurado alcance la edad de cancelación indicada.

Previa solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía, los rangos de edad podrán modificarse mediante Endoso, siempre que dichas modificaciones se encuentren dentro de los límites previstos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2.4. *Procedimiento en caso de Siniestro*

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

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

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado la Compañía.

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

2.4.1. Pago del Siniestro

La Compañía pagará la Indemnización que corresponda en caso de ser procedente el Siniestro, conforme a lo establecido en las presentes Condiciones Particulares y/o Generales del Producto, una vez que reciba la información y documentación necesarias que le permitan acreditar los derechos de los reclamantes y la procedencia del beneficio reclamado.

El pago se realizará conforme a la prelación establecida en la definición de Indemnización.

Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a efectuar derivados del Contrato de Seguro, se realizarán a través de los medios previamente acordados entre las partes.

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

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

2.5. Terminación del Beneficio Adicional

El presente Beneficio Adicional terminará, sin obligación posterior para la Compañía, respecto de cada Asegurado, en caso de ocurrir cualquiera de las siguientes causas:

- a. En cada cobertura, al pagarse la Indemnización correspondiente, no procederá un nuevo pago por dicha cobertura durante la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, sin afectar las demás coberturas del Beneficio Adicional.
- b. Por terminación del Contrato de Seguro, en cuyo caso cesarán todas las coberturas del Beneficio Adicional.
- c. Por terminación de la relación del Asegurado con el Grupo Asegurado, en cuyo caso cesarán todas las coberturas respecto de dicho Asegurado.
- d. En el aniversario del Consentimiento/Certificado Individual en el que el Asegurado alcance la edad máxima de cancelación indicada, en cuyo caso cesarán todas las coberturas del Beneficio Adicional.
- e. Al fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso cesarán todas las coberturas del Beneficio Adicional.
- f. En caso de cancelación del presente Beneficio Adicional, en cuyo caso cesarán todas sus coberturas.
- g. A solicitud expresa del Contratante, conforme a los términos del Contrato de Seguro.

3. MARCO NORMATIVO

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

Los datos personales que proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Torre Carracci Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito 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>.

3.2. *Invitación para Consultar al RECAS*

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de julio de 2026, con el número BADI-S0106-0028-2026/CONDUSEF-007293-01”.