



Prudential

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES
Seguro de Vida Grupo 2025

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

“Seguro de Vida Grupo 2025”



Índice

1. DEFINICIONES	1
1.1 ACCIDENTE	1
1.2 ACCIDENTE CUBIERTO	1
1.3 ASEGURADO	1
1.4 ASEGURADO TITULAR	1
1.5 BENEFICIARIO	1
1.6 CARÁTULA DE LA PÓLIZA	2
1.7 CNSF	2
1.8 COMPAÑÍA	2
1.9 CONDICIONES GENERALES	2
1.10 CONDICIONES PARTICULARES	2
1.11 CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL	2
1.12 CONTRATANTE	2
1.13 CULPA GRAVE	2
1.14 DEPENDIENTES ECONÓMICOS	2
1.15 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN	3
1.16 DIAGNÓSTICO	3
1.17 ENDOSO	3
1.18 ENFERMERO(A)	3
1.19 ENFERMEDAD GRAVE TERMINAL	3
1.20 EXCLUSIONES	3
1.21 GRUPO ASEGURABLE	4
1.22 GRUPO ASEGURADO	4
1.23 HOSPITAL	4
1.24 HOSPITALIZACIÓN	4
1.25 LEY	4
1.26 MÉDICO	4
1.27 MUERTE ACCIDENTAL	4
1.28 PÉRDIDAS ORGÁNICAS	4
1.29 PERIODO AL DESCUBIERTO	5
1.30 PERIODO DE CARENCIA	5



1.31	PERIODO DE ESPERA	5
1.32	PERIODO DE GRACIA	5
1.33	PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN.....	6
1.34	PLAN	6
1.35	PÓLIZA	6
1.36	PRIMA	6
1.37	PRIMA NETA	6
1.38	REGLAMENTO	6
1.39	RESERVA MATEMÁTICA	6
1.40	SINIESTRO	6
1.41	SUBGRUPO.....	6
1.42	SUMA ASEGURADA	7
1.43	SUMA ASEGURADA MÁXIMA INDIVIDUAL (SAMI)	7
1.44	UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN (UMA).....	7
1.45	VIGENCIA	7
2.	CONDICIONES PARTICULARES.....	8
2.1.	COBERTURA BÁSICA	8
2.1.1.	FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA (FALLECIMIENTO).....	8
2.1.1.1.	EXCLUSIONES	8
2.1.1.2.	BENEFICIO DE ANTICIPO POR FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA (SIN COSTO ADICIONAL)	9
2.1.1.3.	BENEFICIO DE ANTICIPO POR ENFERMEDAD GRAVE TERMINAL (SIN COSTO ADICIONAL)	9
2.2.	COBERTURAS ADICIONALES (CON COSTO).....	10
2.2.1.	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE (MUERTE ACCIDENTAL)	10
2.2.1.1.	EXCLUSIONES	10
2.2.2.	GASTOS FUNERARIOS	11
2.2.2.1.	EXCLUSIONES	11
2.2.3.	PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE (TABLA DE INDEMNIZACIÓN ESCALA B)	12
2.2.3.1.	EXCLUSIONES	13
2.2.4.	INDEMNIZACIÓN DE GASTOS HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE	14
2.2.4.1.	MONTO MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN	14
2.2.4.2.	DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA	14
2.2.4.3.	GASTOS CUBIERTOS	14
2.2.4.4.	OTROS SEGUROS.....	15
2.2.4.5.	EXCLUSIONES	15
2.2.5.	RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE (RDHA)	17



2.2.5.1.	PERIODO MÁXIMO DE BENEFICIO	18
2.2.5.2.	EXCLUSIONES	18
2.2.6.	INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	19
2.2.6.1.	EXCLUSIONES	20
2.3.	DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO	20
2.4.	COBERTURAS ADICIONALES CONTRATABLES MEDIANTE ENDOSO	21
3.	CLÁUSULAS GENERALES	22
3.1.	CONTRATO DE SEGURO	22
3.2.	OBJETO DEL SEGURO	22
3.3.	LUGAR DE RESIDENCIA	22
3.4.	RENOVACIÓN	22
3.6.	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	23
3.7.	MODIFICACIONES	23
3.8.	MONEDA.....	23
3.9.	PAGO DE LA PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA	23
3.10.	CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS AL PAGO DE LA PRIMA	24
3.11.	REHABILITACIÓN	24
3.12.	REGISTRO DE ASEGURADOS.....	25
3.13.	MOVIMIENTO DE ASEGURADOS	25
3.13.1.	Altas al Grupo Asegurado.....	25
3.13.2.	Bajas en el Grupo Asegurado.....	25
3.14.	CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS INDIVIDUALES	26
3.14.1.	Entrega a los Asegurados	26
3.15.	ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	26
3.16.	DIVIDENDOS	27
3.17.	BENEFICIARIOS	27
3.18.	EDAD.....	28
3.19.	CARENCIA DE RESTRICCIONES	30
3.20.	TERMINACIÓN DEL SEGURO	30
3.21.	CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO	30
3.22.	DISPUTABILIDAD	31
3.23.	OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	31
3.24.	SINIESTRO	31
3.25.	FRAUDE, DOLO O MALA FE.....	32
3.26.	ARBITRAJE	32
3.27.	PAGO DEL SINIESTRO	33
3.28.	AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA	33
3.29.	PRUEBAS	33
3.30.	COMUNICACIÓN	33
3.31.	COMPETENCIA.....	33
3.32.	USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.....	34
3.33.	COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA	34
3.34.	INDEMNIZACIÓN POR MORA	34
3.35.	RESPONSABILIDAD FISCAL.....	34
3.36.	PRESCRIPCIÓN	35
3.37.	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	35
3.38.	CAMBIO DE CONTRATANTE	36
3.39.	ADMINISTRACIÓN	36



3.40.	DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	36
4.	MARCO NORMATIVO.....	37
4.1.	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO	37
4.2.	LIGA A CITA DE PERCEPTOS LEGALES.	37
4.3.	INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS	37
ANEXO DE EDADES DE ACEPTACIÓN Y CANCELACIÓN		1



Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la Compañía, emite las Condiciones Generales de la presente Póliza sobre la vida del Asegurado, cuyo nombre figura en el Consentimiento/Certificado Individual de este seguro, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son los siguientes:

1. DEFINICIONES

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

1.1 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.**

1.2 Accidente Cubierto

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales o incluso la muerte, de forma directa e inmediata o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de haber ocurrido el Accidente, siempre y cuando la Póliza y el Consentimiento/Certificado Individual se encuentren en vigor en la fecha del Accidente y se trate de un acontecimiento que no está expresamente excluido. Todas las lesiones sufridas como consecuencia de un mismo Accidente se consideran un sólo evento. **No se considera Accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.**

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste, también se considerará Accidente Cubierto:

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.

1.3 Asegurado

Persona física que se encuentra amparada conforme a las Coberturas contratadas e indicadas en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado individual, quien ha brindado su consentimiento y que cumple con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía para formar parte del Grupo Asegurado. Bajo esta Póliza quedará amparado el Asegurado Titular y, de estar expresamente asentado en el Consentimiento/Certificado Individual de la Póliza, los Dependientes Económicos de conformidad con los supuestos indicados en la definición de "Dependientes Económicos" de esta sección.

1.4 Asegurado Titular

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

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

1.5 Beneficiario

Persona(s) designada(s) como tal(es) por el (los) Asegurado(s) en el Consentimiento/Certificado Individual, debidamente requisitado por éste, para la celebración de este Contrato de Seguro o que designe posteriormente mediante el formato de designación de Beneficiarios o a falta de esta designación previa serán las personas señaladas en la cláusula 3.17. "Beneficiarios" de estas Condiciones Generales.



1.6 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.

1.7 CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.8 Compañía

Prudential Seguros México S.A. de C.V.

1.9 Condiciones Generales

Es el conjunto de Cláusulas que establece la Compañía de forma unilateral y que regula las disposiciones legales, los derechos y obligaciones de las partes y las cuestiones operativas del Contrato de Seguro.

1.10 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.

1.11 Consentimiento/Certificado Individual

Documento expedido por la Compañía, el cual contiene la información de cada Asegurado, así como las Coberturas y Sumas Aseguradas que se encuentran amparadas.

Para efectos del presente Contrato de Seguro en el Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado, hará constar su consentimiento y su voluntad para adherirse al Grupo Asegurado.

1.12 Contratante

Persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro con la Compañía; esta persona representa legalmente al Grupo Asegurado, cuenta con las facultades para ello y asume las obligaciones administrativas que se derivan de él.

1.13 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.

1.14 Dependientes Económicos

Se consideran como Dependientes Económicos del Asegurado Titular a las siguientes personas y supuestos, siempre y cuando estén dentro de los límites de edad establecidos en este contrato de seguro:

- a. Asegurado Titular Soltero Sin Padres y Sin Hijos: Se considerará asegurado únicamente al Asegurado Titular de la Póliza. **No se proporcionará cobertura para otras personas.**
- b. Asegurado Titular Soltero (Viudo o Divorciado) Sin Hijos: Se considerarán sus padres.
- c. Asegurado Titular Soltero (Viudo o Divorciado) Con Hijos: Se considerarán hasta tres hijos de 0 (cero) meses de edad a 25 (veinticinco) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico. **Las coberturas de Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento) y Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) sólo podrán contratarse para Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad. Para menores de 12 años, la cobertura Gastos Funerarios estará limitada a una Suma Asegurada máxima equivalente a 10 (diez) Unidades de Medida y Actualización (UMA) mensuales.**
- d. Asegurado Titular Casado o en Concubinato Legalmente Reconocido con Cónyuge Sin Hijos: Se considerará a su cónyuge o concubinario o conviviente.

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



- e. Asegurado Titular Casado o en Concubinato Legalmente Reconocido con Cónyuge Con Hijos: Se considerarán al cónyuge o concubinario o conviviente y hasta tres hijos de 0 (cero) meses de edad a 25 (veinticinco) años de edad, siempre y cuando sean solteros y no generen su propio ingreso económico. **Las coberturas de Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento) y Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental) sólo podrán contratarse para Dependientes Económicos mayores de 12 (doce) años de edad. Para menores de 12 años, la cobertura Gastos Funerarios estará limitada a una Suma Asegurada máxima equivalente a 10 (diez) Unidades de Medida y Actualización (UMA) mensuales.**

Consideraciones adicionales: En los casos descritos en los incisos c), d) y e), también podrán considerarse como Dependientes Económicos los padres del Asegurado Titular, siempre que el Contratante haya solicitado expresamente su inclusión y la Compañía lo haya aceptado, lo cual deberá constar en la Caratula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Cuando la cobertura ampare a los Dependientes Económicos del Asegurado Titular, esta inclusión deberá aparecer expresamente mencionada en el Consentimiento/Certificado Individual, especificando qué coberturas les aplican, de acuerdo con las coberturas contratadas.

1.15 Día de Hospitalización

Se entenderá por Día de Hospitalización, las 24 (veinticuatro) horas continuas e ininterrumpidas que el Asegurado se encuentre internado en un Hospital.

1.16 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.

1.17 Endoso

Documento emitido por la Compañía, previamente registrado ante la CNSF, que modifica, aclara, adiciona o deja sin efecto algunas partes de las Condiciones Generales o Condiciones Particulares del Contrato de Seguro.

1.18 Enfermero(a)

Persona que ejerce la enfermería, 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 enfermería.**

1.19 Enfermedad Grave Terminal

Es aquella enfermedad de carácter irreversible, progresivo e incurable, que se encuentre en estado avanzado y conlleve irremediablemente a la muerte del Asegurado, al no existir tratamiento médico o procedimientos quirúrgicos curativos, y cuya esperanza de vida sea menor de 6 (seis) meses posteriores al diagnóstico.

1.20 Exclusiones

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



1.21 Grupo Asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito con el Contratante, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

1.22 Grupo Asegurado

Conjunto de personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, han dado su consentimiento para ser incluidos en la Póliza, y que cumplen con los requisitos de asegurabilidad que establece la Compañía y que han sido aceptados por la Compañía para quedar Asegurados por el presente Contrato de Seguro.

1.23 Hospital

Institución pública o privada legalmente constituida y autorizada ante las autoridades sanitarias respectivas, para el diagnóstico, atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervención quirúrgica, la infraestructura necesaria, así como con Médicos, Enfermeras y demás personal titulado y debidamente capacitado para su operación. El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable. **No se considerará como Hospital a las instituciones de descanso o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.**

1.24 Hospitalización

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

1.25 Ley

Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS).

1.26 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.**

1.27 Muerte Accidental

Aquel fallecimiento del Asegurado a consecuencia directa de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la Póliza, siempre y cuando la muerte ocurra de forma inmediata o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto y el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el Siniestro.

1.28 Pérdidas Orgánicas

Se determina como Pérdida Orgánica las lesiones que se detallan a continuación, siempre que sucedan como consecuencia inmediata y directa de un Accidente Cubierto o bien dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del mismo:



- La pérdida de ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos
- La pérdida de una mano y un pie
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo
- La pérdida de una mano o un pie
- La pérdida de la vista de un ojo
- La pérdida de tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano
- Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos
- La pérdida de tres dedos que **no sean el pulgar o el índice de una mano**
- La pérdida del dedo pulgar y otro dedo que **no sea el índice de una mano**
- Sordera completa e irreversible de ambos oídos
- La pérdida del dedo índice y otro dedo que **no sea el pulgar de una mano**
- La pérdida del dedo pulgar de cualquier mano
- Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 centímetros
- La pérdida del dedo índice de cualquier mano
- La pérdida de cualquiera de los dedos medio, anular y meñique

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).
- Por pérdida del pie: la mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- En cuanto a la vista de un ojo, la pérdida completa e irreparable de la vista.
- Pérdida de un dedo: la anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de dos (2) falanges completas cuando menos.

1.29 Período al Descubierto

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual este Contrato o el Consentimiento/Certificado Individual, según corresponda, no se encuentra vigente. Se genera por no haber solicitado la renovación de la Póliza o por la falta de pago de primas sin perjuicio de lo señalado en la definición Período de Gracia y de conformidad con lo establecido en la cláusula de Prima.

Inicia a partir de la hora en que finaliza el Período de Gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por Siniestros cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este periodo. Al momento de originarse un Período al Descubierto de 30 (treinta) o más días naturales, el Asegurado titular y los asegurados que estén incluidos en el registro de Asegurados de la Póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando Asegurados con la Compañía, cesando los efectos de la presente Póliza.

1.30 Período de Carencia

Período inmediato posterior a la fecha de inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, durante el cual el Asegurado no contará con cobertura. Este periodo deberá cumplirse por única vez para cada Asegurado; es decir, no aplicará en las renovaciones del mismo Consentimiento/Certificado Individual.

1.31 Período de Espera

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha en que ocurra un Siniestro, para que el Asegurado pueda presentar su reclamación a la Compañía.

1.32 Período de Gracia

Plazo que la Compañía concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones e indicado en la Carátula de la Póliza, en caso de que proceda el pago en parcialidades, contado a partir de la fecha de

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



vencimiento de la Prima que tiene a cargo el Contratante para liquidar el total de la Prima o alguna de sus fracciones, en caso de haberse pactado el pago de forma fraccionada. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Durante este periodo, el Asegurado gozará de las coberturas contratadas de la Póliza.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del lapso mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o de la parcialidad pactada.

1.33 Período de Hospitalización

Período mínimo continuo e ininterrumpido que el Asegurado debe estar hospitalizado para tener derecho a los beneficios de la Cobertura de Pago de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente. El Período de Hospitalización se establecerá en días exactos y será el especificado en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

El Período de Hospitalización aplicable será aquel que haya sido solicitado por el Contratante en la Solicitud de Seguro y aceptado por la Compañía e indicado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente. En ningún caso dicho periodo podrá ser distinto al establecido en los documentos antes mencionados.

Dicho Período de Hospitalización podrá corresponder a 1 (uno) o 2 (dos) días, conforme a lo indicado en la Solicitud de Seguro y pactado entre el Contratante y la Compañía.

1.34 Plan

Paquete adquirido por el Contratante en el que se incluyen la cobertura básica, coberturas adicionales y/o Endosos elegidos para el Grupo Asegurado en particular.

1.35 Póliza

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las Condiciones Generales y Particulares, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, los cuestionarios y declaraciones adicionales, los Endosos, los recibos de pago, las Cláusulas adicionales que se agreguen, los Consentimientos/Certificados Individuales que emita la Compañía, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía y donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

1.36 Prima

Es la cantidad total determinada por la Compañía, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las Coberturas del Seguro contratadas y que se establece en la Carátula de Póliza, misma que considera derechos de póliza y recargos por pago fraccionado en caso de que estos apliquen.

1.37 Prima Neta

Importe de la Prima antes de considerar el derecho de póliza y recargos por pago fraccionado.

1.38 Reglamento

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

1.39 Reserva Matemática

Para efectos del presente Contrato, consiste en la Prima de Tarifa No Devengada, neta de gastos de adquisición, calculada a la fecha de ocurrencia del evento.

1.40 Siniestro

Realización de la Eventualidad cubierta por alguna de las coberturas contratadas y prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización.

1.41 Subgrupo

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



Se refiere a una subdivisión o segmento específico del Grupo Asegurable, cuyos integrantes comparten características comunes relevantes para la evaluación y administración del riesgo. Esta segmentación puede basarse en criterios como rangos de edad, tipo de cobertura contratada, perfil ocupacional, entre otros factores. La definición de Subgrupo no constituye una práctica discriminatoria, sino una herramienta técnica para identificar y gestionar adecuadamente los riesgos compartidos por sus miembros, conforme a los principios actuariales y normativos aplicables.

1.42 Suma Asegurada

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

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

1.43 Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)

Suma Asegurada Máxima que se concede a cada Asegurado sin que tenga que aplicarse una evaluación médica previa al otorgamiento del seguro. En caso de que el Contratante solicite una Suma Asegurada mayor al SAMI para uno o varios Asegurados, la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad como llenado de cuestionarios médicos y/o de ocupación, exámenes médicos y cualquier otro que la Compañía considere necesario para la selección del riesgo particular, notificando por escrito la aceptación o rechazo de la misma dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de entrega de los exámenes o cuestionarios correspondientes.

1.44 Unidad de Medida y Actualización (UMA)

La Unidad de Medida y Actualización (en adelante UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales y de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

Para efectos de estas Condiciones Generales, la Unidad de Medida y Actualización será utilizada para determinar la cuantía del pago de las obligaciones contraídas mediante el presente Contrato de Seguro, las cuales se consideran en monto determinado y serán solventadas entregando su equivalente en moneda nacional, multiplicándose el monto de la obligación, expresado en esta unidad, por el valor mensual de dicha unidad a la fecha en que ocurra el Siniestro amparado por este contrato.

1.45 Vigencia

Es la duración considerada para cada Cobertura contratada, la cual comienza y termina a las 12:00 horas de 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

Todas las Coberturas descritas en este apartado operan con Sumas Aseguradas y Condiciones Particulares independientes y la responsabilidad máxima de la Compañía es la establecida en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado, en ningún caso la indemnización será superior a este límite.

Este seguro permite proteger, bajo un mismo Consentimiento/Certificado Individual, al Asegurado Titular y a sus Dependientes Económicos, siempre que el Contratante haya especificado su inclusión al momento del llenado de la solicitud del seguro y esta inclusión haya sido aceptada por la Compañía, de conformidad con las condiciones y coberturas contratadas.

2.1. Cobertura Básica

El Contratante a través de la solicitud hecha a la Compañía podrá adquirir este Contrato de Seguro con una o ambas coberturas básicas por lo que serán aplicables solo aquellas que aparezcan expresamente como amparadas en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado bajo las siguientes condiciones particulares:

2.1.1. Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento)

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la Vigencia establecida en la Carátula de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual, y siempre que ambos se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de Beneficiarios la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual.

La Suma Asegurada que corresponda a esta Cobertura no podrá ser mayor a la SAMI estipulada en el Consentimiento/Certificado Individual y/o en la Carátula de Póliza, excepto en los casos en los que el Asegurado se haya sometido a los requisitos de asegurabilidad y la Compañía haya autorizado su aceptación por escrito en el Consentimiento/Certificado individual correspondiente.

En caso de que mediante esta Cobertura se amparen a los hijos del Asegurado Titular, cada uno quedará amparado por esta Cobertura hasta por el monto de Suma Asegurada contratada para cada uno de ellos.

En caso de muerte simultánea de dos o más hijos, la Compañía pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada que corresponda a cada uno de ellos.

Al momento del pago de la Indemnización de esta Cobertura por parte de la Compañía a causa del fallecimiento del Asegurado Titular, las obligaciones que derivan de ella quedarán extinguidas dándolo por cancelado. En caso de encontrarse amparados los Dependientes Económicos del Asegurado Titular, se restituirán las Primas Netas no devengadas de las coberturas contratadas por cada uno de los Asegurados amparados, calculadas a partir de la fecha de cancelación del Consentimiento/Certificado Individual.

2.1.1.1. Exclusiones

Suicidio: En caso de suicidio del Asegurado, la Compañía estará obligada a la indemnización correspondiente, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, si ocurre después de dos (2) años de la celebración del Contrato. Si el suicidio del Asegurado ocurre antes de los dos (2) años, la Compañía pagará únicamente la Reserva Matemática.

En caso de rehabilitación, el período de dos (2) años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.



2.1.1.2. Beneficio de Anticipo por Fallecimiento por cualquier causa (sin costo adicional)

En caso de fallecimiento por cualquier causa del Asegurado amparado por la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa, la Compañía podrá otorgar un anticipo de la Suma Asegurada correspondiente únicamente a dicha cobertura, previa solicitud expresa de uno de los Beneficiarios designados y presentación de los siguientes documentos:

- Consentimiento/Certificado Individual (si se cuenta con él),
- Certificado médico de defunción del Asegurado.

El monto del anticipo será el porcentaje de la Suma Asegurada establecida específicamente para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa, conforme a lo indicado en el Consentimiento/Certificado Individual, sin que dicho monto pueda exceder el equivalente a sesenta (60) Unidades de Medida y Actualización (UMAs) o, en su caso, de la proporción de indemnización a que el Beneficiario tenga derecho según la designación correspondiente. En caso de que no se especifique el porcentaje de Suma Asegurada a aplicar dentro del Consentimiento/Certificado, dicho porcentaje corresponderá al 30% de la Suma Asegurada vigente a la fecha de Fallecimiento.

El monto del anticipo será deducido exclusivamente de la porción de la Indemnización que corresponda al Beneficiario solicitante, conforme a la designación realizada por el Asegurado para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa. Esta deducción no afectará el monto de indemnización que corresponda a otros Beneficiarios designados que no hayan solicitado ni recibido dicho anticipo.

En caso de existir más de un Beneficiario designado para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa, el anticipo se entregará únicamente al Beneficiario que presente la reclamación ante la Compañía.

Este beneficio se otorga sin costo adicional y no modifica las condiciones generales ni particulares de la póliza en relación con otras coberturas.

2.1.1.3. Beneficio de Anticipo por Enfermedad Grave Terminal (sin costo adicional)

A solicitud expresa del Asegurado, la Compañía pagará un anticipo al propio Asegurado o a su representante legal, siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

- a) El Asegurado haya recibido, por primera vez, un diagnóstico de Enfermedad Grave Terminal durante la vigencia simultánea de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual.
- b) El diagnóstico médico establezca que la expectativa de vida del Asegurado es menor a seis (6) meses.

El monto del anticipo será el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente exclusivamente a la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa, conforme a lo indicado en el Consentimiento/Certificado Individual, sin que dicho monto pueda exceder el equivalente a sesenta (60) Unidades de Medida y Actualización (UMAs).

Este anticipo será deducido de la Suma Asegurada establecida para la cobertura de Fallecimiento por cualquier causa, según lo indicado en la Carátula de la Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual.

Una vez que la Compañía haya realizado el pago del Anticipo por Enfermedad Grave Terminal, el Contratante deberá continuar con el pago regular de las primas correspondientes al Asegurado titular diagnosticado, ya que este beneficio no exime del cumplimiento de dicha obligación.

En caso de que el Contratante incumpla con el pago de Primas, la Póliza quedará sujeta a las disposiciones de terminación por falta de pago establecidas en las Condiciones Generales, lo que podría resultar en la cancelación de la cobertura y la pérdida de derechos sobre cualquier monto restante de la Suma Asegurada.



Este beneficio se otorga sin costo adicional.

En caso de que se haga uso de este beneficio, quedará sin efectos el beneficio de Anticipo por Fallecimiento por cualquier causa indicado en la cláusula anterior.

2.2. Coberturas Adicionales (con costo)

Las coberturas que aparecen en esta sección son opcionales y se podrán otorgar con el pago de una Prima adicional, únicamente podrán cubrirse siempre y cuando aparezcan expresamente señaladas como amparadas en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual del Asegurado correspondiente, **en caso de no aparecer indicadas, la Compañía no tendrá obligación alguna en cuanto a ellas para con el Contratante y/o Asegurado.**

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

2.2.1. Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)

Si como consecuencia directa de un Accidente Cubierto sufrido por el Asegurado o dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, sobreviniere la muerte, la Compañía pagará de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de Beneficiarios, el importe de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de que ocurra la Muerte Accidental simultánea de 2 (dos) o más Asegurados, en el caso de que estén amparados los Dependientes Económicos, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a cada uno, conforme a lo contratado para cada Asegurado.

Cuando esta cobertura ampare a los hijos del Asegurado Titular, cada uno estará cubierto hasta por el monto de la Suma Asegurada contratada individualmente.

Una vez realizado el pago de la Indemnización correspondiente a esta cobertura a causa del fallecimiento del Asegurado Titular, las obligaciones de la Compañía respecto de la misma quedarán extinguidas. En caso de encontrarse amparados Dependientes Económicos, se restituirán las Primas Netas no devengadas de las coberturas contratadas por cada uno de los Asegurados amparados, calculadas a partir de la fecha de cancelación del Consentimiento/Certificado Individual.

2.2.1.1. Exclusiones

Accidentes que se originen por:

- 1. Lesiones o muerte provocadas por el propio Asegurado hacia su persona.**
- 2. Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- 3. Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- 4. Lesiones sufridas durante la práctica del servicio militar de cualquier clase, actos de guerra o la participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.**
- 5. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, cuando esta haya sido provocada por el propio Asegurado.**
- 6. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.**

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



7. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
8. Homicidio cuando se derive de la participación directa del Asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales, suicidio o cualquier intento de este o mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares impulsados por motor.
10. Las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, box, charrería, velideltismo, esquí, jockey, tauromaquia, artes marciales, carreras de vehículos motorizados, lucha libre, lucha grecorromana, espeleología, equitación, rapel, u otras actividades deportivas de alto riesgo o profesionales igualmente peligrosas.
11. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
12. Lesiones sufridas por Culpa Grave del Asegurado estando en estado etílico, bajo los efectos de algún enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un Médico. Se entiende por estado etílico, la presencia de un nivel mayor a 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente.
13. Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que es accidental.

2.2.2. Gastos Funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la Vigencia establecida en la Carátula de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual, y siempre que ambos se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará la Suma Asegurada establecida en el Consentimiento/Certificado Individual.

En caso de que mediante esta Cobertura se amparen a los hijos del Asegurado Titular, cada uno quedará amparado por esta Cobertura hasta por el monto de Suma Asegurada contratada para cada uno de ellos. En caso de que los hijos del Asegurado Titular sean menores de 12 (doce) años el límite de Suma Asegurada corresponderá a 10 (diez) UMAs.

Al momento del pago de la indemnización de esta Cobertura por parte de la Compañía a causa del fallecimiento del Asegurado Titular, las obligaciones que derivan de ella quedarán extinguidas dándolo por cancelado. En caso de encontrarse amparados Dependientes Económicos, se restituirán las Primas Netas no devengadas de las coberturas contratadas por cada uno de los Asegurados amparados, calculadas a partir de la fecha de cancelación del Consentimiento/Certificado Individual.

2.2.2.1. Exclusiones

Suicidio: En caso de suicidio del Asegurado, la Compañía estará obligada a la indemnización correspondiente, por cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico del Asegurado, si ocurre después de dos (2) años de la celebración del Contrato. Si el suicidio del Asegurado ocurre antes de los dos (2) años, la Compañía pagará únicamente la Reserva Matemática.

En caso de rehabilitación, el período de dos (2) años a que se refiere el párrafo

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



anterior, correrá a partir de la fecha en que se rehabilite la Póliza o el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

2.2.3. Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización escala B)

En caso de que el Asegurado, amparado por esta Cobertura e indicado en el Consentimiento/Certificado Individual, sufriera Pérdidas Orgánicas a consecuencia de un Accidente Cubierto o dentro de los 90 (noventa) días posteriores a éste, siempre y cuando este Consentimiento/Certificado Individual, así como la Póliza correspondiente se encuentren en vigor a la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará al propio Asegurado, el porcentaje de la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento/Certificado Individual de acuerdo con la "Tabla de indemnizaciones escala B" por la(s) Pérdida(s) Orgánica(s) sufrida(s).

La tabla de indemnización para Pérdidas Orgánicas escala "B" será la siguiente:

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

La Compañía indemnizará una o más Pérdidas Orgánicas ocurridas exclusivamente a causa de uno o varios Accidentes Cubiertos ocurridos dentro de la vigencia de la Póliza y Consentimiento/Certificado Individual, de acuerdo con los porcentajes de la Tabla anterior hasta el tope de responsabilidad de la Compañía por esta Cobertura, misma que en ningún caso excederá el 100% de la Suma Asegurada contratada.

En caso de presentarse varias reclamaciones por esta Cobertura, siempre y cuando no se haya pagado previamente el 100% de la Suma Asegurada durante la Vigencia de la Póliza o Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, la responsabilidad de la Compañía se limitará al porcentaje que corresponda de la diferencia entre el 100% de la Suma Asegurada y el porcentaje previamente indemnizado.

Se entenderá por:

- Pérdida de una mano. La mutilación o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).
- Pérdida de un pie. La mutilación completa o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



- c) Pérdida de la vista. La pérdida completa e irreparable de la vista.
- d) Pérdida de un dedo. La anquilosis que involucre todas las articulaciones de la falange afectada, y/o separación de 2 (dos) falanges completas cuando menos.

2.2.3.1. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la pérdida orgánica se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:

1. Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado hacia su persona, aun cuando éstas sean cometidas en estado de enajenación mental.
2. Lesiones ocasionadas por tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.
3. Lesiones sufridas por la participación del Asegurado en servicio militar, naval o aéreo de cualquier clase, actos de guerra, revoluciones, insurrecciones, marchas, motines, levantamientos o alborotos populares.
4. La participación directa del Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.
5. Homicidio simple o calificado, cuando este ocurra como resultado de la participación directa del Asegurado en actos delictivos.
6. Accidentes ocurridos a consecuencia de riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
7. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de Compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.
8. Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en cualquier vehículo en que participe directamente el Asegurado.
9. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y vehículos similares de motor.
10. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de alpinismo, buceo, esquí, box, artes marciales, paracaidismo, vuelos delta, espeleología, cacería, rapel, charrería, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
11. Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.
12. Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis, psicosis, cualquier que fuesen las manifestaciones clínicas.
13. Lesiones o pérdidas orgánicas derivadas de un intento de suicidio aun cuando este sea cometido en estado de enajenación mental del Asegurado.
14. Lesiones sufridas por Culpa Grave del Asegurado a consecuencia de



encontrarse bajo los efectos de bebidas embriagantes con un nivel de alcoholemia mayor a 0.4 miligramos de etanol por litro de sangre [ml/l]), o bien por estar bajo los efectos de drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos excepto si estos fueron ingeridos por haber sido prescritos por un Médico.

15. Accidente sufrido por el Asegurado a consecuencia de radiaciones atómicas, contaminación química y/o bacteriológica.

16. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos o sonambulismo.

17. Accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia del Consentimiento/Certificado individual o preexistencias.

2.2.4. Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente

En caso de encontrarse amparada esta Cobertura en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía indemnizará al Asegurado o a los Beneficiarios designados según sea el caso, los Gastos Hospitalarios Cubiertos en que incurra, a causa de un Accidente Cubierto que ocurra durante la Vigencia de esta Cobertura.

El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del Siniestro y hasta dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el Accidente Cubierto.

Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado como consecuencia de un mismo Accidente Cubierto se considerarán como un solo Evento.

2.2.4.1. Monto máximo de la indemnización

La cuantía de la indemnización se determinará de la siguiente forma:

- La Compañía cubrirá los Gastos Hospitalarios Cubiertos, siempre que sean médicamente necesarios para restablecer el estado de salud y/o salvaguardar la vida del Asegurado, hasta el límite de la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura.
- En ningún caso la indemnización podrá exceder la Suma Asegurada indicada en el Consentimiento/Certificado Individual, independientemente del total de gastos incurridos.

2.2.4.2. Disminución de Suma Asegurada

Toda indemnización que la Compañía pague reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada hasta su agotamiento total, en cuyo caso quedará cancelada esta Cobertura para el Asegurado.

2.2.4.3. Gastos Cubiertos

Serán considerados Gastos Cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para tratamiento médico o quirúrgico a causa de un Accidente Cubierto y que sean médicamente necesarios para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida, por los siguientes conceptos:

- El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del Médico cirujano.
- El costo por medicamentos, aplicación de sustancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
- El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
- El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su Hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



- e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, **siempre y cuando no sean reposiciones.**
- f) El costo por Hospitalización, entendiéndose como tal al uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado.
- g) El costo por utilización de ambulancia terrestre que sea medicamento indispensable, acompañado del reporte médico del traslado firmado por el Médico que indicó el traslado en ambulancia.
- h) El costo por un(a) Enfermero (a) acreditado(a) y/o certificado (a) con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el periodo de Hospitalización. **Fuera del Hospital se limitará al costo de una Enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días naturales.**
- i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por día, **exceptuando las consultas postoperatorias.**
- j) El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su Hospitalización.

2.2.4.4. Otros Seguros

Si al momento de la reclamación de la cobertura en esta Póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras Aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de gastos médicos incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a la Compañía fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al Evento del cual solicite la indemnización.

Esta cláusula aplica exclusivamente a coberturas de reembolso y no afecta el derecho del Asegurado a recibir el pago de los gastos efectivamente incurridos conforme a lo estipulado en el Consentimiento/Certificado Individual.

La Compañía pagará, previa comprobación, los Gastos Médicos Cubiertos hasta por la Suma Asegurada de esta cobertura, durante un periodo máximo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días naturales contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la Suma Asegurada de esta cobertura o hasta agotar la Suma Asegurada o si el Asegurado recupera su estado de salud o vigor vital respecto al Accidente Cubierto, lo que ocurra primero.

En los términos de esta Póliza, queda entendido que el Asegurado elige voluntariamente el Hospital, los Médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud a consecuencia del Accidente Cubierto, por lo que la Compañía no será responsable de cualquier práctica o atención médica por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral, o de cualquier otro tipo con motivo de dicha atención médica, ya que esta cobertura únicamente tiene por objeto indemnizar los gastos hospitalarios cubiertos que procedan para la atención del Accidente, por lo que no tiene relación alguna con los profesionales de la salud ni con los prestadores de servicios médicos.

2.2.4.5. Exclusiones

La Compañía no pagará la indemnización por un Siniestro ocurrido durante la Vigencia de este Contrato de Seguro y/o Consentimiento/Certificado Individual, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

- 1. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue un Accidente para el Asegurado.**
- 2. Lesiones o Accidentes originados por radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



3. Lesiones o Accidentes derivados de la participación directa del Asegurado como sujeto activo del delito, en actos delictivos de carácter intencional.
4. La práctica profesional de cualquier deporte.
5. Cualquier Accidente que ocurra cuando el Asegurado conduzca o aborde una motocicleta, motoneta, o vehículo de motor similar.
6. Eventos ocurridos por la práctica de paracaidismo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo.
7. No se cubrirán los Accidentes originados por la práctica del buceo cuando:
 - a) No se cuente con la licencia respectiva, y/o
 - b) No se esté bajo la supervisión de instructores capacitados, y/o
 - c) La inmersión sea superior a 40 metros.
8. Eventos ocurridos en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe el Asegurado.
9. Lesiones o muerte del Asegurado en riña, cuando éste la haya provocado.
10. Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una Aeronave, a menos que viaje en ella como Pasajero con itinerario de viaje.
11. Accidentes originados o causados cuando el Asegurado se encuentre en estado alcohólico o bajo influencia de drogas, enervantes o estimulantes no prescritos médicamente. Se entiende por estado alcohólico la presencia de un nivel mayor a 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente.
12. Indemnizaciones resultantes de los siguientes acontecimientos:
 - a) Guerra (declarada o no), invasión, acción bélica en tiempos de paz o de guerra, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil y/u operaciones similares, incluyendo acción encubierta, combate o defensa en contra del ataque real, impedimento de tal ataque o ataque esperado: por gobierno (de derecho o de hecho) o poder usurpado o por cualquier autoridad mantenida o usando el poder militar, naval, fuerza aérea o por un agente de cualquiera de dichos gobiernos, poder, autoridad o fuerza;
 - b) Motín, conmoción civil asumiendo la proporción de o amotinamiento popular, insurrección, rebelión, revolución, militar o por usurpación de poder, o acción tomada por la autoridad gubernamental en impedirlo, combatirlo o defenderse contra dicha ocurrencia, ataque o destrucción;
 - c) Cuando el asegurado sea sujeto activo de actos de terrorismo. Para el propósito de esta exclusión, terrorismo significa el tipo penal descrito en el artículo 139 del Código Penal Federal, es decir, el uso de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego o por incendio, inundación, o por cualquier otro medio violento, por el que se realicen actos en contra de las personas, las cosas o servicios al público, que produzcan alarma, temor, terror en la población o en un grupo o sector de ella, para perturbar la paz pública o tratar de menoscabar la autoridad del estado o presionar a la autoridad para que tome una determinación.
 - d) Cualquier ataque ilegal, ilícito o ejercicio injusto del control de cualquier medio de transportación, incluyendo, pero no limitado a aviones, vehículos acuáticos, camiones, trenes o automóviles, incluyendo



- cualquier intento de ataque o control, hecho por cualquier persona o personas.
13. Infecciones, con excepción de las que resulten de lesiones derivadas de Accidentes.
 14. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos, de carácter preventivo, que no sean a consecuencia de un Accidente.
 15. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables y que sean derivadas de un Accidente.
 16. Tratamientos quiroprácticos, naturistas o de acupuntura.
 17. Hernias o eventraciones.
 18. Lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.
 19. Lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado.
 20. Medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para Diagnósticos especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.
 21. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.
 22. Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulte necesarios a consecuencia de un Accidente.
 23. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.
 24. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
 25. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
 26. Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.
 27. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
 28. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.

2.2.5. Renta Diaria por Hospitalización por Accidente (RDHA)

Siempre que esta Cobertura esté indicada como amparada en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará 1 (una) Renta Diaria por cada Día de Hospitalización del Asegurado una vez transcurrido



el Periodo de Hospitalización solicitado por el Contratante dentro de la Solicitud de Seguro y aceptado por la Compañía, mismo que será establecido en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, como consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la Póliza y del Consentimiento/Certificado Individual de conformidad con el monto de Renta Diaria establecido en el Consentimiento/Certificado Individual.

El Asegurado estará amparado bajo esta Cobertura Adicional siempre que la Hospitalización:

- a) Sea médicamente necesaria para reestablecer su estado de salud y/o salvaguardar su vida;
- b) Cumpla con el Periodo de Hospitalización establecido en el Consentimiento/Certificado Individual; y
- c) Se realice en un Hospital.

La responsabilidad de la Compañía comenzará una vez transcurrido el Periodo de Hospitalización pactado entre el Contratante y la Compañía previo al inicio de Vigencia de la Póliza e indicado en la Carátula de la Póliza, por lo que la indemnización o pago de la Renta Diaria comenzará a ser pagada a favor del Asegurado una vez superado el Periodo de Hospitalización, teniendo como límite el Periodo Máximo de Beneficio indicado en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento/Certificado Individual. **La Compañía no tendrá obligación de indemnización alguna dentro del lapso previo a alcanzar el Periodo de Hospitalización o por el lapso posterior al Periodo Máximo de Beneficio.**

En caso de ocurrir Hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo Accidente Cubierto, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de computar el Periodo Máximo de Beneficio.

2.2.5.1. *Periodo Máximo de Beneficio*

Significa el número máximo de días que la Compañía indemnizará al Asegurado en caso de ser Hospitalizado a causa de un Accidente Cubierto.

El Periodo Máximo de Beneficio se establecerá en días y deberá ser pactado previamente al Inicio de Vigencia de la Póliza, correspondiendo a aquel que haya sido solicitado por el Contratante en la Solicitud de Seguro y expresamente aceptado por la Compañía.

El Periodo Máximo de Beneficio será el especificado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.

Dicho Periodo podrá corresponder a 15 (quince) o 30 (treinta) días, conforme a lo pactado entre las partes y especificado en la Carátula de la Póliza y Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, solo para el caso de no aparecer expresamente indicado dentro de dichos documentos, el Periodo Máximo de Beneficio corresponderá a treinta (30) días.

El Periodo Máximo de Beneficio se computará a partir de la fecha en que ocurra el primer día de Hospitalización y siempre que se haya cumplido con el Periodo de Hospitalización pactado en la Póliza y resultará aplicable en caso de Hospitalizaciones sucesivas, de conformidad con lo establecido en la presente Póliza.

Asimismo, el número de Eventos cubiertos durante cada Vigencia anual está limitado a uno (1).

2.2.5.2. *Exclusiones*

La Compañía no pagará indemnización alguna cuando la Hospitalización del Asegurado se derive o sea a consecuencia de lo siguiente:

1. Accidentes que se originen por la participación del Asegurado en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección; y**

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx



- b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.
- 2. Accidentes que se originen por participación del Asegurado en actividades como:
 - a) Aviación privada cuando el Asegurado participe como tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el Asegurado.
 - c) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres en los que participe directamente el Asegurado; y
 - d) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- 3. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 4. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un Accidente.
- 5. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente
- 6. Lesiones sufridas por Culpa Grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y se presente la receta médica así como el historial médico correspondiente que avale el uso de dichas sustancias.
- 7. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un Accidente.
- 8. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente y que originen lesiones en dientes naturales.
- 9. Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.

2.2.6. Invalidez Total y Permanente por Accidente

Siempre y cuando se encuentre esta cobertura como amparada en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada vigente para esta cobertura, al propio Asegurado, si durante la vigencia del Consentimiento/Certificado Individual ocurre un Accidente Cubierto y posteriormente el Asegurado es declarado en estado de Invalidez Total y Permanente 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; dicha invalidez deberá ser dictaminada como tal por una institución pública de salud o privada de salud, en donde tal dictamen sea emitido por un Médico con especialidad en medicina del trabajo y esté soportado por estudios clínicos, de gabinete, exploración y vigilancia física, entre otros, además de haber sido a consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido dentro de la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.



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.

2.2.6.1. Exclusiones

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

1. Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.
2. La Práctica de paracaidismo, buceo, montañismo, velideltismo, lucha libre, lucha grecorromana, tauromaquia, box, hockey, esquí, espeleología, artes marciales, rapel, equitación, charrería, salto bungee, vuelo en aviones ultraligeros.
3. Viajar en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo de pasajeros, o en aeronaves que estén prestando servicios en vuelos especiales, fletados, de taxi aéreo, o en cualquier tipo de vuelo no regular.
4. Accidentes cuando el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo participando directamente o como pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
5. Accidentes durante el ejercicio de funciones del Asegurado de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.
6. Accidentes que se originen por Culpa Grave del Asegurado cuando se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado, que tenga al momento del Accidente, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.
7. Accidentes que ocurran cuando exista guerra declarada o sin declarar.
8. Lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el Asegurado, o las que se deriven de riñas.
9. La práctica profesional de cualquier deporte.

2.3. Documentación en caso de Siniestro

La documentación requerida para evaluar la procedencia del pago dependerá del tipo de cobertura y/o beneficio reclamado conforme a las coberturas contratadas. La Compañía podrá requerir:

- a) **Documentación común (aplicable a todas las reclamaciones):**
 1. Identificación oficial vigente del reclamante (Asegurado o Beneficiario, según corresponda), CURP y comprobante de domicilio (no mayor a tres meses).
 2. Carátula de estado de cuenta bancaria vigente (no mayor a tres meses) para realizar el pago, cuando corresponda.
 3. Original o copia del Consentimiento/Certificado Individual, si se cuenta con él.
- b) **Documentación específica por cobertura:**

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



b.1 Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento):

1. Acta de defunción del Asegurado.
2. Certificado médico de defunción y, en su caso, historia clínica relevante.
3. Declaración del Beneficiario (formato de la Compañía).
4. En su caso, acta de matrimonio/concubinato/sociedad de convivencia o acta de nacimiento, para acreditar el vínculo.

b.2 Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental):

1. Documentación indicada en b.1, y adicionalmente:
2. Copia certificada completa de la carpeta de investigación del Ministerio Público, cuando el fallecimiento derive de un accidente y exista intervención de autoridad.

b.3 Gastos Funerarios (cuando aplique):

1. Documentación indicada en b.1, y adicionalmente:
2. Factura(s) y comprobante(s) de pago de los gastos funerarios, a nombre de quien efectuó el pago.

b.4 Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización escala B):

1. Dictamen médico y estudios/exámenes que sirvieron de base para determinar la pérdida orgánica.
2. Radiografías, interpretaciones y/o estudios complementarios (vista/audición), cuando corresponda.

b.5 Invalidez Total y Permanente por Accidente:

1. Dictamen médico emitido por profesional con cédula y especialidad en medicina del trabajo, especificando mecanismo del accidente cubierto.
2. Estudios médicos actualizados que acrediten la invalidez.

b.6 Renta Diaria por Hospitalización por Accidente:

1. Documento emitido por el hospital donde consten fecha y hora de ingreso, y fecha y hora de egreso, en su caso.
2. Informe médico que justifique la hospitalización derivada del accidente cubierto.

b.7 Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente:

1. Facturas/recibos y comprobantes oficiales que acrediten gastos hospitalarios cubiertos derivados del accidente.
2. Informe médico y/o epicrisis del hospital, cuando corresponda.

Sólo en aquellos casos en que se requiera de información y/o documentación adicional para comprobar las circunstancias de la realización y las consecuencias del Siniestro, la Compañía podrá solicitarla al Asegurado y/o Beneficiarios, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley.

2.4. Coberturas Adicionales Contratables mediante Endoso

El Contratante podrá contratar, además de las coberturas previstas en la presente Póliza, coberturas adicionales que amplíen o modifiquen el alcance de la protección amparada, siempre que dichas coberturas se encuentren disponibles por parte de la Compañía y hayan sido expresamente convenidas mediante la emisión del Endoso correspondiente.

Dichas coberturas adicionales se regirán por los términos, condiciones, exclusiones, restricciones y Sumas Aseguradas establecidos en el Endoso respectivo, el cual formará parte integrante de la Póliza desde su incorporación, sin necesidad de que se mencione expresamente en la Carátula de la Póliza.

En caso de discrepancia entre lo dispuesto en las Condiciones Generales y lo establecido en el Endoso, prevalecerá lo dispuesto en este último, exclusivamente respecto de las coberturas contratadas mediante dicho Endoso.



3. CLÁUSULAS GENERALES

3.1. Contrato de Seguro

La Póliza, las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Consentimientos/Certificados Individuales y los Endosos que se agreguen, mismos que deben estar previamente registrados ante la CNSF, así como cualquier documento emitido y autorizado por la Compañía constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

3.2. Objeto del Seguro

La Compañía, se obliga a pagar a quien corresponda, las indemnizaciones correspondientes a las coberturas especificadas en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual en caso de su respectiva realización del riesgo cubierto, hasta por el importe de la Suma Asegurada indicada en la misma. El alcance de la cobertura será exclusivamente dentro de los términos y condiciones que se especifican en este Contrato de Seguro.

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

3.3. Lugar de residencia

Para efectos de este Contrato, solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan habitualmente en la República Mexicana o con extranjeros con la calidad legal de residentes y que tengan, por lo menos, seis (6) meses residiendo en el país, sin importar su nacionalidad. Se deberá notificar por escrito a la Compañía el lugar de residencia de los Asegurados dependientes que en su caso, hayan sido incluidos en la Póliza, cuando estos no vivan con el Asegurado Titular.

3.4. Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato de Seguro a solicitud del Contratante por periodos de igual duración, mediante Endoso a la Póliza, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, **siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las Primas que aplicarán en cada renovación. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de esta, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.**

3.5. Renovación Automática de Consentimientos/Certificados Individuales

Los Consentimientos/Certificados Individuales que se emitan al amparo de la presente Póliza mantendrán su Vigencia y se renovarán automáticamente por periodos iguales y sucesivos de seguro, conforme a la periodicidad indicada en cada Consentimiento/Certificado Individual, dentro de la Vigencia de la Póliza, siempre que:

- I. La Póliza se encuentre vigente;
- II. El Asegurado continúe formando parte del Grupo Asegurado; y
- III. No se haya actualizado alguno de los supuestos de terminación o cancelación del Consentimiento/Certificado Individual previstos en las presentes Condiciones Generales.

En ningún caso la renovación automática implicará extender la Vigencia más allá de la fecha de terminación de

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



la Póliza.

En caso de que la Póliza termine, el Asegurado pierda su elegibilidad, o se pague la Indemnización correspondiente bajo cualquiera de las coberturas contratadas, la Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual cesará automáticamente en la misma fecha, sin necesidad de aviso previo adicional.

3.6. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) 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. Lo anterior en conformidad con el Artículo 25 de la Ley. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

3.7. Modificaciones

Cualquier modificación al presente Contrato de Seguro deberá realizarse por escrito en los términos del Artículo 19 de la Ley, la cual deberá ser previamente registrada ante la CNSF, de conformidad con lo establecido en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

La Póliza y sus eventuales Endosos o cláusulas que sean emitidos por la Compañía, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones del presente Contrato de Seguro, por tanto, la Compañía no será responsable por declaraciones o documentos efectuados en otra forma.

En caso de que exista alguna discrepancia entre algún Endoso y la Póliza, prevalecerá en todo momento lo contenido en el Endoso respectivo y este a su vez prevalecerá sobre cualquier otro Endoso emitido con fecha anterior.

Ningún agente ni cualquier otra persona podrá cambiar o modificar en alguna de sus partes las presente Condiciones Generales, Condiciones Particulares o Endosos correspondientes.

3.8. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro ya sean por parte del Contratante, Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional de los Estados Unidos Mexicanos.

3.9. Pago de la Prima y Período de Gracia

La Prima vencerá en el momento de la celebración del Contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro, el cual podrá ser menor o igual a un año.

La Prima podrá ser pagada en una sola exhibición o el Contratante podrá optar por 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. En el supuesto de pago de Prima fraccionada, se podrá aplicar a la Prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado que tenga la Compañía vigente a la fecha de pago.

Salvo pacto en contrario consignado en la Carátula de la Póliza, el Contratante gozará de un Periodo 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.**

Durante el Periodo de Gracia, las Coberturas contratadas se mantendrán vigentes, sin embargo, en caso de Siniestro, la Compañía podrá reducir de la indemnización que proceda, el total de la Prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La Prima convenida podrá ser pagada por el Contratante mediante cargos que efectuará la Compañía en la

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México| www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuentas de fondos de pago electrónico y periodicidad que el Contratante haya seleccionado en la Solicitud de Seguro, quedando bajo la responsabilidad de la Compañía, entregar al contratante, acuse de recibo de la autorización otorgada para que se realice el cobro de la Prima a través de cargo a la tarjeta de crédito o débito. En el supuesto de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la Prima correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. **Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el Periodo de Gracia respectivo.**

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de Primas, en el caso en que la Prima sea pagada mediante cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia bancaria, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena del pago de la Prima respectiva, aun cuando la Compañía no haya entregado el recibo expedido por ésta respecto del pago de Prima correspondiente.

En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Coberturas Adicionales, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante o a los Asegurados, en su caso, la Prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente Prima según la forma de pago, cobrándose o devolviéndose dicha Prima en un plazo no mayor a 30 (treinta) días contados a partir de la fecha en que la Compañía haya recibido notificación por escrito del Contratante del movimiento en cuestión, a la cuenta bancaria que para tal efecto designe el Contratante.

La Prima correspondiente a cada uno de los nuevos integrantes del Grupo Asegurado se calculará conforme a los registrado a la Nota Técnica.

3.10. Contribución de los Asegurados al pago de la Prima

Los miembros del Grupo Asegurado podrán contribuir al pago de la Prima, siendo responsabilidad del Contratante liquidarla oportunamente a la Compañía para que los Asegurados estén cubiertos en la Póliza.

3.11. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la Cláusula de Primas, después de haber cesado los efectos de la Póliza de manera automática por falta de pago o a petición, el Contratante, salvo pacto en contrario indicado en la Carátula de la Póliza podrá, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al último día del Periodo de Gracia, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su Pago Fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado Periodo de Gracia y la hora y día en que surte efecto la Rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la Prima correspondiente al Periodo al Descubierto; es decir, al tiempo durante el cual cesaron los efectos de este conforme al Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente, dicho pago se realizará al Contratante a la cuenta bancaria designada para tal efecto.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la Rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Compañía para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

Se considerará como Periodo al Descubierto y por lo tanto la Compañía no estará obligada a cubrir

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx



cualquier Evento previsto en el Contrato de Seguro, aquel comprendido entre la fecha en la que la Póliza dejó de surtir los efectos por falta de pago del Contratante y la fecha de rehabilitación.

3.12.Registro de Asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado;
- b) Suma Asegurada o Regla para determinarla;
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;
- d) Operación y Plan de seguros de que se trate;
- e) Número de Consentimiento/Certificado Individual, y
- f) Coberturas amparadas.

A solicitud por escrito por parte del Contratante, la Compañía deberá entregar copia de este registro.

3.13.Movimiento de Asegurados

El Contratante debe reportar los movimientos de altas, los cuales incluirán sus Consentimientos/Certificados Individuales respectivos, de baja y los de aumento o disminución de beneficios, así como cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que ocurran, salvo convenio específico al respecto.

3.13.1. Altas al Grupo Asegurado

Conforme al artículo 17 del Reglamento, las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas bajo las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

3.13.2. Bajas en el Grupo Asegurado

Conforme al artículo 18 del Reglamento, las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Consentimiento/Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá, previa solicitud por escrito a la Compañía, la parte de la Prima Neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. La devolución correspondiente se realizará dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el Contratante designe para tal efecto.

El Contratante deberá comunicar por escrito a la Compañía los nombres de las personas que hayan dejado de

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



pertenecer a la colectividad asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones.

3.14. Consentimientos/Certificados Individuales

La Compañía expedirá y entregará los Consentimientos/Certificados Individuales al Contratante y/o a los Asegurados.

Los Consentimientos/Certificados deberán contener los datos que requiere el Artículo 11 y 16 del Reglamento, que consisten en:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía.
- b) Firma del funcionario autorizado de la Compañía.
- c) Operación del seguro, número de la Póliza y el número de Consentimiento/Certificado Individual.
- d) Nombre del Contratante.
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado al momento del inicio de vigencia.
- f) Fecha de Vigencia tanto de la Póliza como del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.
- g) Suma Asegurada o Regla para determinarla en cada beneficio.
- h) Designación de los Beneficiarios indicando su nombre y porcentaje asignado, así como, en su caso, el carácter de irrevocable de dicha designación.
- i) La transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento de Seguro Colectivo.
- j) En el caso de los seguros de grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento de Seguro Colectivo.

3.14.1. Entrega a los Asegurados

De acuerdo con lo indicado en el Artículo 16 fracción II del Reglamento, la Compañía previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar el Consentimiento/Certificado Individual de la siguiente forma:

- a) Proporcionando al Contratante los Consentimientos/Certificados Individuales para su entrega a los Asegurados.
- b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados Titulares la información prevista en esta cláusula, misma que corresponde a lo indicado en la fracción I del artículo 16 del Reglamento.

A pesar de lo anterior, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, de acuerdo con lo indicado en la cláusula de "Entrega de Documentación Contractual" de las presentes Condiciones Generales.

3.15. Entrega de la Documentación Contractual

La Compañía entregará al Contratante y/o al Asegurado, toda la documentación contractual que les corresponda, dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales, contados a partir de la contratación del seguro (en caso de que el último día para la entrega de la documentación contractual sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente). Dicha documentación será proporcionada por escrito, como medio de entrega inicial, salvo que el Solicitante, Contratante o Asegurado otorgue consentimiento expreso para recibirla a través de un medio distinto que resulte más conveniente a sus intereses. Esta elección podrá ejercerse independientemente del canal de comercialización utilizado para la contratación del seguro.

3.15.1. Medios de entrega disponibles

- A. Contratación o consentimiento por medios electrónicos: Cuando la contratación o el consentimiento para formar parte de la Colectividad Asegurada se haya realizado por medios electrónicos, la documentación contractual podrá entregarse a través de cualquiera de los siguientes medios:

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



- 1. Enlace de descarga:** La Compañía enviará un enlace al correo electrónico del Contratante y/o Asegurado, donde podrán descargar y consultar de manera permanente la documentación contractual usando sus claves personales en la aplicación móvil habilitada por la Compañía. La descarga/consulta se registrará en los sistemas de la Compañía.
- 2. Correo electrónico:** La documentación contractual se enviará a la dirección de correo electrónico proporcionada a la Compañía. La Compañía conservará el registro del envío y la confirmación de recepción del servidor de correo correspondiente.

B. Contratación o consentimiento por medios distintos al electrónico:

Cuando la contratación o el consentimiento se haya realizado por medios distintos al electrónico, la entrega se realizará conforme al medio elegido por el Contratante y/o Asegurado en el formato de solicitud y/o Consentimiento/Certificado Individual. La documentación podrá entregarse:

- a. En formato físico.
- b. En formato electrónico (PDF (Portable Document Format) u otro equivalente), enviado al correo electrónico que para tales efectos haya sido proporcionado el Contratante y/o Asegurado.

El Contratante y/o Asegurado aceptan que los Medios Electrónicos y de Identificación, de conformidad con lo establecido en la cláusula "Uso de Medios Electrónicos" y de acuerdo con los Términos y Condiciones a los que alude dicha cláusula sustituyen la firma autógrafa, y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, en términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciban la documentación contractual de este seguro, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la Compañía, cuyos domicilios se indican en la página de 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 su Contrato de Seguro. Asimismo, en caso de que requiera un duplicado de la Póliza o Consentimiento/Certificado Individual, este se le entregará sin costo solicitándolo a través de los medios indicados en el presente párrafo.

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la Vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante y/o Asegurado(s) podrán en cualquier momento solicitar que se le entregue la documentación de esta Póliza por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

3.16.Dividendos

El presente Contrato de Seguro no otorga dividendos.

3.17.Beneficiarios

Todo integrante del Grupo Asegurado podrá designar libremente a sus Beneficiarios, pudiendo cambiar dicha designación de Beneficiarios en cualquier momento, mediante notificación por escrito a la Compañía. El Asegurado podrá renunciar al derecho, si así lo desea, siempre que lo comunique por escrito a la Compañía, para su anotación correspondiente en el Consentimiento/Certificado Individual.

En caso de que el Asegurado no haya designado expresamente Beneficiarios, o su designación haya quedado sin efectos por cualquier causa legal, la Suma Asegurada se pagará conforme al siguiente orden de prelación, al primero que se presente a reclamar y acredite fehacientemente dicho carácter conforme a la legislación aplicable.

Excepción: Si el Contrato de Seguro se ha emitido para garantizar créditos a favor del Acreditante y se haya incorporado el Endoso de Cobertura Deudores, el Beneficiario Preferente e Irrevocable será el Acreditante,

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México| www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



hasta por el monto del Saldo Insoluto del Crédito, conforme a lo previsto en dicho Endoso.

Orden de prelación:

1. A su cónyuge o concubina(o) legalmente reconocida(o);
2. A falta de éste, a las hijas e hijos, en partes iguales;
3. A falta de los anteriores, a los padres del Asegurado, en partes iguales;
4. Y en ausencia de todas las personas antes indicadas, a su sucesión legal, conforme a lo establecido en el Código Civil Federal vigente aplicable.

La Compañía quedará liberada de toda obligación con el simple pago que realice a la primera persona que, dentro de dicho orden de prelación, acredite fehacientemente su derecho.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

Si sólo se hubiese designado un Beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe se pagará a la sucesión legal del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de Beneficiario.

Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, siempre que no exista estipulación en contrario.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía, la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en este Contrato de Seguro.

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.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

3.18. Edad

Para los efectos de este Contrato de Seguro, se considerará como edad real del Asegurado la edad exacta en años enteros que tenga cumplida en la Fecha de Inicio Vigencia de esta Póliza o de su Consentimiento/Certificado Individual, así como a la fecha de la Renovación correspondiente.

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

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



<i>Coberturas</i>	<i>Edad Mínima de Ingreso</i>	<i>Edad Máxima de Ingreso</i>	<i>Cancelación Automática*</i>
Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento)	12 años	99 años	100 años
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	12 años	99 años	100 años
Gastos Funerarios	0 años	99 años	100 años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización escala B)	0 años	99 años	100 años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	0 años	99 años	100 años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	0 años	99 años	100 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	0 años	99 años	100 años

Los límites establecidos anteriormente podrán ser modificados mediante la emisión del Anexo “Edades de aceptación y Cancelación” para cada una de las Coberturas contratadas, el cual formará parte de estas condiciones generales.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante la Compañía, la cual hará constar dicha comprobación por escrito y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Si se comprueba que hubo inexactitud en la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, si la edad del Asegurado se encuentra 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 pagase 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 hubiera entregado ya el importe de la protección contratada del seguro al descubrirse la inexactitud en la edad del Asegurado tendrá derecho a recobrar lo que hubiere 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 estuviere 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 de Seguro. Las Primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, 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.

Si la edad del Asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la Reserva Matemática del Consentimiento/Certificado Individual correspondiente en la fecha de su rescisión.

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



En caso de que se cuente con Contribución de los Asegurados al pago de la Prima, previa solicitud del Asegurado a la Compañía se devolverá al Asegurado la Reserva Matemática del Contrato de Seguro en la fecha de su rescisión.

3.19. Carencia de Restricciones

Este Contrato de Seguro no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia, siempre y cuando sea dentro de la República Mexicana u ocupación siempre que ésta sea lícita, ni por la realización de viajes posteriormente a la contratación de la Póliza.

3.20. Terminación del seguro

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente sin obligación posterior para la Compañía, de acuerdo con lo siguiente:

- a) Término del plazo de Vigencia de la Póliza.
- b) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza.
- c) Al no recibir la Prima correspondiente al término del periodo de gracia según lo estipulado en la cláusula de Prima de estas Condiciones Generales.

Además, respecto de cada Asegurado y/o Consentimiento/Certificado Individual, cesarán automáticamente:

- a. Cuando ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular.
- b. A solicitud del Contratante.
- c. Al término de la Vigencia especificada en el Consentimiento/Certificado Individual.
- d. Si cuando exista renovación de la Póliza, el Asegurado alcanza la edad de cancelación establecida en su caso para cada cobertura.
- e. Terminación de la Póliza.
- f. Pérdida de elegibilidad del Asegurado.
- g. Pago de la Indemnización correspondiente bajo cualquiera de las coberturas contratadas que así lo indiquen; o
- h. Cancelación del Certificado Individual.

En caso de terminación de la Póliza por cualquiera de las opciones descritas anteriormente, no procederá la devolución de la Prima no Devengada.

3.21. Cancelación anticipada del seguro

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar la cancelación del seguro en cualquier momento, mediante escrito dirigido a la Compañía. Esta solicitud deberá presentarse:

- De forma física, en el domicilio de la Compañía, o
- Por Medios Electrónicos, a través de los canales autorizados por la Compañía para tal efecto y que se indican en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento/Certificado Individual, en el sitio web oficial de la Compañía www.prudentialseguros.com.mx, o en cualquier otro documento contractual entregado al Contratante y/o Asegurado.

La solicitud deberá contener, como mínimo, los siguientes datos:

- Fecha de la solicitud.
- Nombre completo del Contratante y/o Asegurado.
- Número de Póliza o Consentimiento/Certificado Individual.
- Manifestación expresa de la voluntad de cancelar el seguro.
- Firma autógrafa o electrónica, según el medio utilizado.

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México| www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



- Medio de contacto para recibir la confirmación de la cancelación.

Una vez recibida la solicitud y verificada la identidad del solicitante, la Compañía emitirá un número de folio como constancia de la cancelación. En caso de presentación física, se entregará copia del escrito con sello de recepción; en caso de medios electrónicos, se enviará acuse de recibo con el folio asignado al medio de contacto proporcionado.

La cancelación será efectiva en la fecha en que la Compañía reciba el aviso de cancelación, o en la fecha futura que se indique expresamente en dicho aviso, lo que ocurra en último término.

Únicamente en los casos en que la Póliza haya sido pagada en su totalidad en un solo pago, la Compañía reembolsará, mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada por el solicitante, la parte de la Prima Neta no devengada correspondiente. Este reembolso se realizará en un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la recepción del aviso de cancelación.

La Prima Neta no devengada será calculada en días exactos, considerando el periodo de cobertura no utilizado. La Compañía restituirá dicha Prima a quienes la hayan aportado, en la proporción que les corresponda, conforme a los registros de aportación de cada integrante de la Colectividad Asegurada.

En el caso de Pólizas con pago fraccionado, no procederá la devolución de Prima no devengada si el siguiente pago aún no ha sido cobrado por la Compañía. No obstante, una vez recibida la solicitud de cancelación, la Compañía inhibirá el cargo programado correspondiente a los pagos fraccionados futuros, evitando así cualquier cobro posterior.

Para efectos de esta cláusula, se entenderá como Prima de riesgo la cantidad pagada por el Contratante o el Asegurado, según corresponda, menos los porcentajes correspondientes a gastos y utilidad establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

3.22. Disputabilidad

Este Contrato de Seguro, dentro de los dos (2) primeros años de Vigencia, será disputable por omisiones o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere esta cláusula se contará a partir de la fecha en que quedó Asegurado. En caso de rehabilitación del Contrato o de un Consentimiento/Certificado individual, el plazo se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

3.23. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

La omisión o declaración inexacta de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aun y cuando no hayan influido en la realización del Siniestro.

Lo previsto en esta cláusula, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo Asegurado.

3.24. Siniestro

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



ocurrencia del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, por escrito dentro de los cinco (5) días naturales siguientes al día en que tenga dicho conocimiento, salvo que el Asegurado incurriera en mora por caso fortuito o fuerza mayor, es 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 del Contrato de Seguro si el Contratante y/o, el Asegurado o el Beneficiario, 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 el Beneficiario 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 o Beneficiario 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.

3.25. Fraude, Dolo o Mala Fe

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- a) **Si el Asegurado o su representante, o ambos, 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 que acredite o esté relacionada con el procedimiento del Siniestro.**
- c) **Si el Asegurado o su representante, o ambos, presentan documentación apócrifa para que la Compañía, conozca las causas y consecuencias del Siniestro y/o se conduzcan con falsedad en sus declaraciones.**

3.26. Arbitraje

En caso de controversia entre las partes por la improcedencia de reclamación por parte de la Compañía, el reclamante podrá optar por acudir a un arbitraje privado, ante una persona física o moral que sea designada por las partes de común acuerdo.

La Compañía acepta que, si el reclamante acude a esta instancia y se somete a comparecer ante un árbitro y sujetarse al procedimiento del mismo, el cual será vinculativo para las partes, por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir su controversia.

El procedimiento de arbitraje se establecerá por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá el carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Los Asegurados podrán optar por este procedimiento sin perjuicio a lo señalado en la Cláusula de "Competencia".



3.27. Pago del Siniestro

La Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura contratada en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dicha Cobertura. Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado o del Beneficiario, según sea el caso, con motivo de este Contrato de Seguro, se efectuarán a través de los medios acordado entre las partes.

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

Cualquier pago realizado indebidamente por desconocimiento o por el reporte equívoco de un movimiento de baja, alta o cambio, obliga al Contratante a reintegrar el pago a la Compañía.

3.28. Ajuste a la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un Siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Consentimiento/Certificado Individual de Seguro no concuerda con la regla de Suma Asegurada, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del Siniestro, la Compañía por su propio derecho, o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Consentimiento/Certificado Individual de Seguro. En uno u otro caso deberá ajustarse la Prima a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

3.29. Pruebas

El reclamante presentará, a su costa, a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la obligación y el derecho de quienes solicitan el pago. La Compañía tendrá derecho a comprobar a su costa, cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. **La obstaculización por parte del Contratante o del Asegurado para que se lleve a cabo dicha comprobación liberará a la Compañía de cualquier obligación respecto de la reclamación de que se trate.**

3.30. Comunicación

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado, el Beneficiario y/o el Contratante deberán hacerse por escrito en los domicilios o medios señalados en la Carátula de Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.

En todos los casos en que la dirección de la Compañía indicada en la Póliza o en el Consentimiento/Certificado Individual llegase a cambiar, la Compañía tendrá la obligación de hacerlo del conocimiento del Contratante y/o Asegurados.

El Contratante, Asegurado o Beneficiario deberán informar por escrito a la Compañía sobre cualquier cambio de domicilio realizado durante la Vigencia de la Póliza y/o del Consentimiento/Certificado Individual, según corresponda. Las notificaciones y requerimientos que la Compañía envíe a cualquiera de ellos se dirigirán al último domicilio que hayan proporcionado por escrito o a través de los medios que la Compañía habilite para este fin y haga de su conocimiento.

3.31. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Prudential Seguros México, S.A. de C.V. o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior, dentro del término de dos (2) años contados a partir que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



la negativa de la institución a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

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 jueves de 8:00 horas a las 17:00 horas y viernes de 8:00 horas a las 15:00 horas.

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

3.32. Uso De Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado podrá realizar operaciones y servicios relacionados con el presente contrato, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa a: la Solicitud de Seguro, cuestionarios, la contratación misma del seguro, pago de Primas, notificaciones, aviso de Sinistro, entre otros, haciendo uso de los Medios Electrónicos que la Compañía pone a su disposición, los cuales se encuentran regidos por los "Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos aplicables a Contratos de Seguros", mismos que podrá consultar en la página de Internet www.prudentialseguros.com.mx; lo anterior con fundamento en el Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De conformidad con el Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de los medios de identificación que la Institución establezca en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

El usuario debe tomar en cuenta, que, mediante la aceptación de los términos y condiciones, ratifica que la Compañía ha puesto a su disposición dicha información.

3.33. Comisión o compensación directa

Durante la Vigencia de la Póliza el Contratante y/o Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

3.34. Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización correspondiente en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, durante el lapso de mora.

3.35. Responsabilidad Fiscal

Queda establecido y entendido entre las partes que cada una de ellas es responsable de pagar los impuestos que a cada cual le correspondan, conforme a la legislación fiscal vigente o conforme a aquella que le sustituya. Por tanto, ninguna de las partes será considerada como obligada solidaria de su contraparte respecto de las obligaciones de carácter fiscal que le correspondan; sin perjuicio de que la Compañía realice las retenciones que señalen las disposiciones fiscales aplicables, con el fin de enterarlas por cuenta de

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México| www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



terceros.

El Contratante sabe y entiende la naturaleza jurídica de este Contrato de Seguro, así como que su uso es para los fines de protección y aseguramiento previstos en la misma. El Contratante se obliga a asumir las posibles infracciones a las disposiciones fiscales vigentes, así como las responsabilidades de cualquier índole en las que incida derivados del mal uso, utilización diversa o indebida que dé a esta Póliza de seguro.

3.36. Prescripción

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

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.

Asimismo, la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía solamente suspende la prescripción.

3.37. Agravación del riesgo

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, realice o se relacione con actividades ilícitas a que se refieren los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis y demás relativos del Código Penal, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de Ley sobre el Contrato de Seguro.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, 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, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad es publicada 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 tratados internacionales 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

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México | www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



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.

3.38. Cambio de Contratante

Cuando haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato de Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta (30) días después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al Contratante. La Compañía reembolsará a éste la proporción del riesgo no corrido de la Prima Neta pagada menos los gastos de adquisición correspondientes.

La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado al pago de la Prima, de manera proporcional, la Prima Neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese Contrato de Seguro, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento, reembolso que se efectuará dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la rescisión, a la cuenta bancaria que se designe para tal efecto.

3.39. Administración

En aquellos casos en donde la Compañía y el Contratante hayan convenido que la administración de la Póliza será llevada a cabo por este último, la Compañía emitirá el endoso de "Autoadministración" correspondiente en donde entre otra cosas, se establece que la Compañía tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la CNSF y demás entidades regulatorias en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el Reglamento.

Asimismo y conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; asimismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los clientes y/o Asegurados que formen parte de la Colectividad de que se trate, y ponerlos a disposición de la Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se le requiera.

La Compañía deberá proporcionar la información que requiera la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para que ésta pueda entregar la información a que se refieren los dos últimos párrafos del artículo 52 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

3.40. De las obligaciones del contratante.

De conformidad con lo establecido por los Artículos 15 y 16 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- a. Comunicar el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada (Asegurados), así como, respecto de las coberturas de fallecimiento, recabar los consentimientos respectivos;
- b. Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- c. Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro;
- d. Recabar los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán;
- e. El Contratante sólo podrá solicitar ingresos al Grupo Asegurado de aquellas personas que cumplan con las características establecidas en la Carátula de la Póliza. **El Contrato de Seguro será**

Torre Carracci, Piso 1, Av. Insurgentes Sur, #1271, Col. Extremadura Insurgentes, CP. 03740, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México| www.prudentialseguros.com.mx

© 2024 Prudential Financial, Inc. and its related entities, Prudential, the Prudential logo, the Rock symbol, Prudential LINK and LINK by Prudential are service marks of Prudential Financial and its related entities, registered in many jurisdictions worldwide.



nulo para dichos integrantes reportados por el Contratante que no cumplan dichas características, aún y cuando el Contratante les haya entregado el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente; y

- f. Con previo convenio con la Aseguradora, el Contratante deberá hacer del conocimiento de los Asegurados la información del Consentimiento/Certificado Individual.

Lo anterior en el entendido de que, en caso de que el Contratante no haga del conocimiento la información del Certificado Individual a los Asegurados, éstos podrán solicitarlo directamente a la Compañía. En ese sentido, el Contratante expresamente se obliga a entregar a cada uno de los Asegurados una copia de las presentes Condiciones Generales y solicitar el acuse de recibo correspondiente.

Previo consentimiento expreso por escrito de parte del Asegurado, la Compañía, podrá entregar la documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el Contratante y/o Asegurado.

Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. Aviso de Privacidad Simplificado

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

4.2. Liga a Cita de Perceptos Legales.

Se hace del conocimiento del Contratante y/o Asegurado que podrá(n) consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente Contrato, en nuestra página de internet: <https://www.prudentialeseguros.com.mx>

4.3. 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 01 de junio de 2026 con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-04.”



Anexo de Edades de aceptación y cancelación

Los límites de edad establecidos para la contratación de la presente oferta comercial corresponderán a los indicados en la siguiente tabla:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento)	__ años	__ años	__ años
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años
Pérdidas orgánicas con tabla de indemnización escala B (Pérdidas orgánicas)	__ años	__ años	__ años
Gastos Médicos por Accidente.	__ años	__ años	__ años
Pago de Renta Diaria por Hospitalización (Hospitalización)	__ años	__ años	__ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	__ años	__ años	__ años

En caso de incluirse a los Dependientes Económicos, las edades de aceptación de cada uno corresponderán a los indicados a continuación:

a) Padres:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento)	__ años	__ años	__ años
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años
Gastos Funerarios	__ años	__ años	__ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización escala B)	__ años	__ años	__ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	__ años	__ años	__ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	__ años	__ años	__ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	__ años	__ años	__ años

b) Cónyuges:

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento)	__ años	__ años	__ años
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	__ años	__ años	__ años
Gastos Funerarios	__ años	__ años	__ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización escala B)	__ años	__ años	__ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	__ años	__ años	__ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	__ años	__ años	__ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	__ años	__ años	__ años

**c) Hijos:**

Coberturas	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Cancelación automática
Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento)	___ años	___ años	___ años
Fallecimiento por Accidente (Muerte Accidental)	___ años	___ años	___ años
Gastos Funerarios	___ años	___ años	___ años
Pérdidas Orgánicas por Accidente (Tabla de Indemnización escala B)	___ años	___ años	___ años
Indemnización de Gastos Hospitalarios por Accidente	___ años	___ años	___ años
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	___ años	___ años	___ años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	___ años	___ años	___ años

*La edad de cancelación se aplicará en el aniversario póliza siguiente en el que el Asegurado cuente con la edad de cancelación indicada por cobertura.

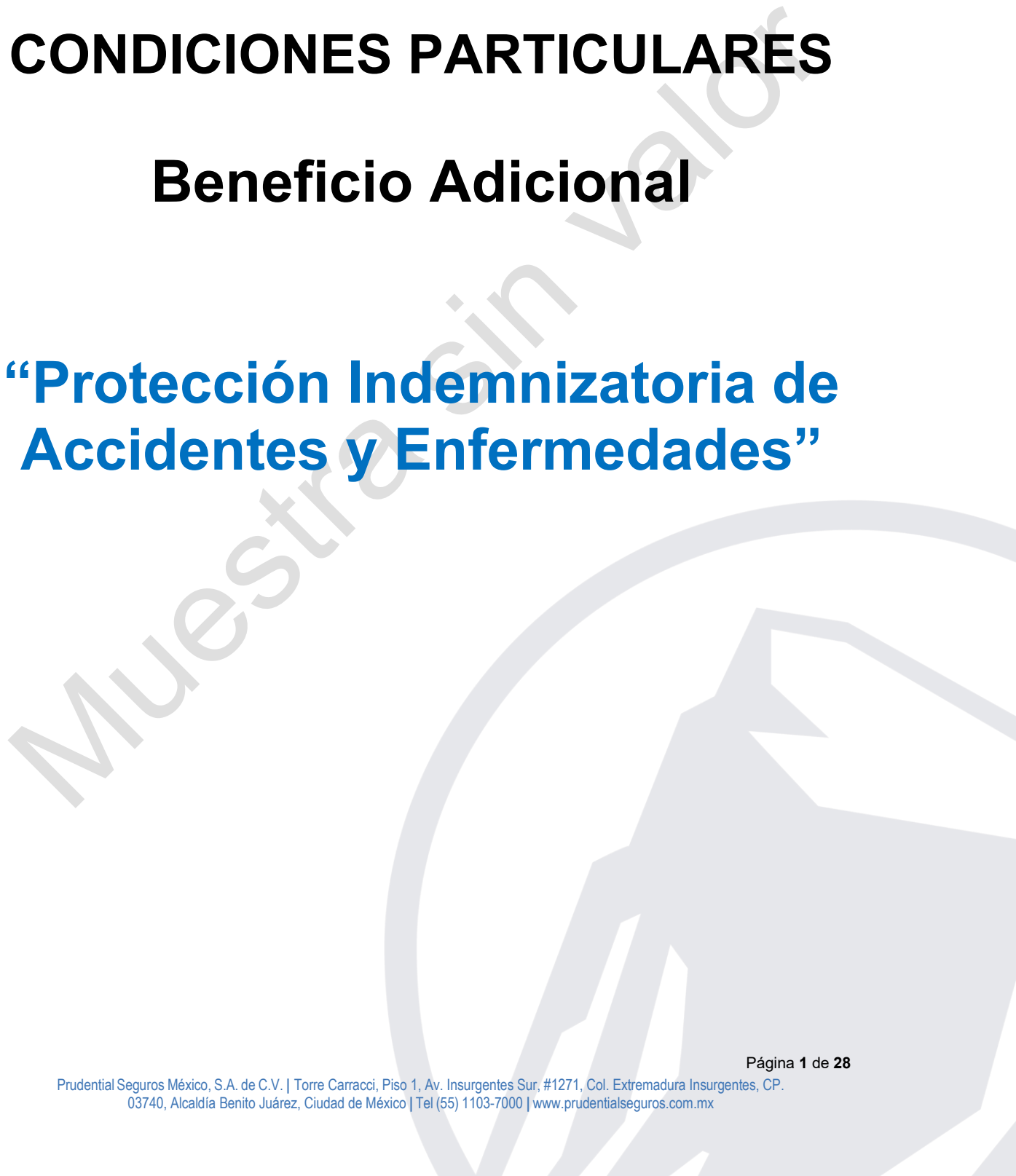
Las edades de aceptación anteriores se encuentran fielmente respaldadas dentro de los rangos permitidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

“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 01 de junio de 2026 con el número CNSF-S0106-0366-2025/CONDUSEF-007033-04.”

CONDICIONES PARTICULARES

Beneficio Adicional

“Protección Indemnizatoria de Accidentes y Enfermedades”



Índice

Índice	2
1. DEFINICIONES.....	4
1.1. Accidente.....	4
1.2. Accidente Cubierto.....	4
1.3. Asegurado.....	4
1.4. Beneficiario Contingente.....	4
1.5. Condiciones Particulares.....	5
1.6. Culpa Grave.....	5
1.7. Deporte de Alto Riesgo.....	5
1.8. Deporte Profesional.....	5
1.9. Día de Hospitalización.....	5
1.10. Diagnóstico.....	5
1.11. Endoso.....	5
1.12. Enfermedad.....	5
1.13. Enfermedad Cubierta.....	6
1.14. Enfermedades Preexistentes.....	6
1.15. Enfermero(a).....	6
1.16. Evento Cubierto.....	7
1.17. Exclusiones.....	7
1.18. Fecha de Inicio de Vigencia.....	7
1.19. Hospital.....	7
1.20. Hospitalización.....	7
1.21. Médico.....	7
1.22. Médico Especialista.....	8
1.23. Luxación Completa.....	8
1.24. Luxación Parcial o Subluxación.....	8
1.25. Periodo de Carencia.....	8
1.26. Siniestro.....	8
1.27. Suma Asegurada.....	8
1.28. Tratamientos Ambulatorios.....	8
1.29. Unidad de Cuidados Intensivos.....	8
1.30. Vigencia.....	8
2. CONDICIONES PARTICULARES.....	9
2.1. Cáncer.....	9
2.2. Infarto Agudo al Miocardio.....	10
2.3. Insuficiencia Renal Crónica.....	12
2.4. Evento Cerebrovascular.....	13
2.5. Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad.....	14
2.6. Cirugías.....	16
2.6.1. Listado de Cirugías Cubiertas.....	17
2.7. Fractura de Huesos por Accidente.....	19
2.7.1. Fracturas Cubiertas.....	19
2.8. Indemnización por Dislocación o Luxación por Accidente.....	20

3.	EXCLUSIONES GENERALES	22
4.	DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO	23
4.1.	Documentación general requerida	24
4.2.	Documentación específica por cobertura	24
5.	TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO	26
6.	TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL	26
7.	EDAD	27
8.	ARBITRAJE MÉDICO	27
9.	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO	28
10.	INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS	28

Muestra sin valor

Prudential Seguros México, S.A. de C.V., en lo sucesivo la "Compañía", establece las presentes Condiciones Particulares del Beneficio Adicional denominado "Protección Indemnizatoria por Accidentes y Enfermedades".

Las coberturas del presente Beneficio Adicional únicamente serán aplicable cuando se encuentren expresamente contratada(s) y señalada(s) como amparada(s) en la Carátula de la Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente, formando parte integrante del Contrato de Seguro de Vida al que se adicione.

Este Beneficio Adicional tiene por objeto otorgar al Asegurado las indemnizaciones previstas en estas Condiciones Particulares cuando ocurra alguno de los Eventos Cubiertos expresamente amparados, derivado de una Enfermedad o Accidente Cubierto, conforme a los términos, condiciones, requisitos, límites y exclusiones establecidos en el presente documento.

La contratación, vigencia y permanencia de este Beneficio Adicional estarán sujetas a la existencia y vigencia de la cobertura básica del seguro de vida al que se encuentre adherido.

Los términos y condiciones aplicables serán los siguientes:

1. DEFINICIONES

Los términos definidos a continuación tendrán el significado que se les atribuye en estas Condiciones Particulares, independientemente de que se utilicen en singular o plural, femenino o masculino, o en cualquier conjugación gramatical aplicable.

1.1. Accidente

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

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

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

1.2. Accidente Cubierto

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

1.3. Asegurado

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

1.4. Beneficiario Contingente

Persona física designada expresamente por el Asegurado por escrito a través de los medios autorizados por la Compañía para actuar exclusivamente como gestor y representante administrativo en el trámite de reclamaciones relacionadas con las coberturas previstas en estas Condiciones

Particulares, cuando el Asegurado se encuentre material o médicamente imposibilitado para realizarlas por sí mismo.

La imposibilidad deberá acreditarse mediante documentación médica o legal suficiente, según corresponda.

La designación podrá ser modificada o revocada por el Asegurado en cualquier momento mientras éste conserve capacidad legal para hacerlo.

La designación del Beneficiario Contingente no le confiere derecho alguno sobre las indemnizaciones derivadas de este Beneficio Adicional ni facultad para recibir pagos en nombre del Asegurado, por lo que cualquier indemnización se realizará exclusivamente a cuentas bancarias a nombre del propio Asegurado o, en caso de fallecimiento, al(los) Beneficiario(s) que correspondan.

1.5. Condiciones Particulares

Documento que forma parte integrante del Contrato de Seguro y que establece las coberturas, requisitos de procedencia, limitaciones, exclusiones, sumas aseguradas, periodos de carencia y demás términos aplicables al presente Beneficio Adicional.

1.6. Culpa Grave

Grado más amplio de negligencia o falta de diligencia en el cumplimiento de obligaciones, que se configura cuando una persona omite las precauciones más elementales, dejando de prever lo que la generalidad de las personas habría previsto en circunstancias similares.

1.7. Deporte de Alto Riesgo

Actividad deportiva cuya práctica implica un nivel elevado de peligro para la integridad física de quien la realiza, debido a las condiciones en que se desarrolla o a los medios utilizados.

1.8. Deporte Profesional

Práctica habitual de una actividad deportiva realizada a cambio de una retribución económica, ya sea de manera independiente o en el marco de un club o entidad deportiva.

1.9. Día de Hospitalización

Periodo continuo e ininterrumpido de 24 (veinticuatro) horas durante el cual el Asegurado permanece internado en un Hospital, conforme a lo establecido en el presente Beneficio Adicional.

1.10. Diagnóstico

Determinación de una Enfermedad o condición de salud realizada por un Médico o Médico Especialista, sustentada en la evaluación clínica directa del paciente (Asegurado), así como en estudios clínicos, pruebas radiológicas, histológicas, de laboratorio, antecedentes y demás elementos que resulten necesarios desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

1.11. Endoso

Documento emitido por la Compañía, previamente registrado ante la CNSF, mediante el cual se modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto, total o parcialmente, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Carátula de Póliza o Endosos previamente emitidos.

1.12. 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.

1.13. Enfermedad Cubierta

Enfermedad expresamente amparada por este Beneficio Adicional, diagnosticada durante la vigencia de la cobertura correspondiente por un Médico o Médico Especialista, según corresponda, y que no se encuentre sujeta a exclusión o dentro del Periodo de Carencia aplicable.

1.14. Enfermedades Preexistentes

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 Consentimiento/Certificado Individual, 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 Consentimiento/Certificado Individual, 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 3.6 "Arbitraje Médico".

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. Enfermero(a)

Persona legalmente autorizada para ejercer la enfermería, que cuenta con título y cédula profesional expedidos por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Para efectos del presente Contrato de Seguro, no podrá ser Enfermero del Asegurado cualquier 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 enfermería.

1.16. Evento Cubierto

Realización del riesgo amparado en el Contrato de Seguro, que afecta al Asegurado de manera fortuita, súbita e imprevista, y que da lugar a la posible actualización de un Sinistro conforme a las coberturas contratadas.

1.17. Exclusiones

Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por la Compañía, conforme a lo establecido expresamente en esta Cobertura Adicional.

1.18. Fecha de Inicio de Vigencia

Fecha a partir de la cual da inicio el período de protección de cada una de las coberturas contratadas y estipuladas en la Carátula de Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

1.19. Hospital

Institución pública o privada legalmente constituida y autorizada por las autoridades sanitarias competentes, destinada al diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de personas lesionadas o enfermas, que cuenta con infraestructura adecuada, salas de intervención quirúrgica y personal médico y de enfermería debidamente calificado.

El Hospital deberá operar bajo las leyes sanitarias en vigor del país en donde se encuentre y bajo la supervisión constante de un Médico acreditado designado como responsable.

No se considerará como Hospital a las instituciones de reposo o de convalecencia, lugares para el cuidado y atención de adultos mayores (asilos de ancianos), casas de descanso, centros de tratamiento y rehabilitación para alcohólicos y drogadictos, centros o clínicas para tratamientos naturales, alternativos u holísticos, centros o clínicas para tratamientos estéticos, incluyendo sin limitar masajes, termales y similares, instituciones para la atención de desórdenes alimenticios, así como instituciones para la atención de desórdenes psiquiátricos o mentales; no obstante que dichos lugares se encuentren registrados como Hospitales o clínicas en el país en donde operen.

1.20. Hospitalización

Estadía del Asegurado como paciente interno en un Hospital, derivada de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, ya sea para recibir tratamiento médico, quirúrgico o vigilancia médica necesaria para salvaguardar su integridad.

1.21. Médico

Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina, que cuenta con título y cédula profesional emitida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Para efectos del presente Contrato de Seguro, no podrá ser Médico del Asegurado un 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.

1.22. 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.

1.23. Luxación Completa

Pérdida total y permanente de contacto entre las superficies articulares de una articulación, confirmada mediante estudios clínicos o de imagen.

1.24. Luxación Parcial o Subluxación

Desplazamiento parcial de las superficies articulares que mantiene contacto residual entre ellas y que sea confirmada mediante estudios clínicos o de imagen.

1.25. Periodo 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. Siniestro

Realización del Evento Cubierto por alguna de las coberturas contratadas y prevista en el Contrato de Seguro que genera la obligación de la Compañía al pago de una indemnización.

1.27. Suma Asegurada

Monto máximo de responsabilidad de la Compañía por cada cobertura contratada, en caso de ser procedente el Siniestro, señalado en la Carátula de Póliza y/o Consentimiento/Certificado Individual.

1.28. 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.

1.29. Unidad de Cuidados Intensivos

Área hospitalaria especializada en la atención, vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes con alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida.

1.30. 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

Todas las coberturas descritas en las presentes Condiciones Particulares operan de manera independiente entre sí y cuentan con su propia Suma Asegurada, así como con requisitos, limitaciones, exclusiones y condiciones de procedencia específicas.

La responsabilidad máxima de la Compañía respecto de cada cobertura contratada se limitará a la Suma Asegurada establecida en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Las coberturas previstas en estas Condiciones Particulares son opcionales y únicamente quedarán amparadas cuando aparezcan expresamente señaladas como contratadas en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente. En caso contrario, la Compañía no asumirá obligación alguna.

2.1. Cáncer

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura cuando, durante la Vigencia de la misma y una vez transcurrido el Periodo de Carencia de 90 (noventa) días naturales, se determine por primera vez el Diagnóstico definitivo de un Cáncer primario, conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Para la procedencia de la indemnización, el Diagnóstico definitivo deberá:

1. Ser confirmado mediante evidencia histopatológica;
2. Ser emitido por un Médico Especialista en Oncología legalmente autorizado; y
3. Estar respaldado por el expediente clínico correspondiente y los estudios médicos que sustenten dicho Diagnóstico.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Cáncer primario aquel que:

- a) Sea diagnosticado por primera vez como tumor maligno caracterizado por el crecimiento y diseminación incontrolada de células malignas con capacidad de invasión y metástasis, incluyendo leucemias, linfomas (incluyendo la Enfermedad de Hodgkin) y tumores sólidos.
- a. No sea consecuencia de una recaída, recurrencia, recidiva, persistencia, progresión, extensión, metástasis, complicación, secuela o continuación de un cáncer previamente diagnosticado o indemnizado, aun originándose en el mismo órgano o tejido; y
- b. Se encuentre sustentado mediante evidencia clínica, histopatológica y médica suficiente que permita determinar razonablemente que se trata de una nueva neoplasia primaria independiente.

La determinación de la existencia de un cáncer primario independiente corresponderá a la Compañía con base en la documentación médica presentada y, en caso de controversia, podrá aplicarse lo dispuesto en la cláusula de Arbitraje de las Condiciones Generales.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- a. **Cáncer in situ, así como cualquier lesión pre-maligna o no invasiva.**
- b. **Tumores benignos.**
- c. **Displasia, incluyendo displasia cervical (neoplasia intraepitelial cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3).**
- d. **Todo cáncer de piel, independientemente de su tipo histológico, clasificación, localización, comportamiento clínico, nivel de invasión o estadio, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma, carcinoma de Merkel, linfoma cutáneo, dermatofibrosarcoma, histiosarcoma maligno y cualquier otra neoplasia maligna originada en la piel.**
- e. **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a II DE LA 8ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC) vigente al momento del Diagnóstico o cualquier sistema de clasificación o estadificación médica que la sustituya o resulte equivalente de acuerdo con la práctica médica reconocida.**
- f. **Cáncer de próstata estadio menor a II DE LA 8ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC) vigente al momento del Diagnóstico o cualquier sistema de clasificación o estadificación médica que la sustituya o resulte equivalente de acuerdo con la práctica médica reconocida.**
- g. **Todo cáncer de tiroides cuyo diámetro máximo sea menor a 2 (dos) centímetros al momento del Diagnóstico definitivo, independientemente de su estadio clínico, clasificación oncológica o sistema de estadificación utilizado.**
- h. **Cualquier cáncer diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura o durante el Periodo de Carencia, así como cualquier recaída, recurrencia, recidiva, persistencia, progresión, metástasis, extensión, complicación, secuela o continuación relacionada con dicho cáncer.**

La Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura podrá ser indemnizada una sola vez por Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual respecto de un Diagnóstico definitivo de Cáncer que cumpla con los requisitos establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

En caso de que durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado sea diagnosticado con uno o más cánceres cubiertos, aun cuando correspondan a cánceres primarios independientes, distintos y médicamente no relacionados entre sí, únicamente procederá una indemnización bajo esta cobertura.

2.2. Infarto Agudo al Miocardio

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura cuando, durante la Vigencia de la misma, se determine por primera vez el Diagnóstico definitivo de Infarto Agudo al Miocardio, conforme a los términos y condiciones

establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Infarto Agudo al Miocardio la muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una reducción prolongada del flujo sanguíneo coronario, que resulte en daño irreversible del tejido miocárdico.

Para que la indemnización proceda, el Diagnóstico definitivo deberá ser emitido por un Médico Especialista en Cardiología y estar respaldado por el expediente clínico y los estudios médicos correspondientes, debiendo acreditarse al menos 2 (dos) de los siguientes criterios:

1. Hospitalización cuyo registro y estudios correspondientes indiquen que el Asegurado presentó un Infarto Agudo al Miocardio dentro de las 24 (veinticuatro) horas previas a dicha Hospitalización;
2. Historia clínica que documente un cuadro clínico típico de Enfermedad cardíaca isquémica, que podrá estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones y diaforesis (sudoración excesiva);
3. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio; y
4. Prueba de reducción permanente de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo por debajo del 50% como consecuencia del Infarto Agudo al Miocardio, medida al menos 30 (treinta) días naturales después del evento.

Para efectos de esta cobertura, se considerará como primer Diagnóstico de un Infarto Agudo al Miocardio aquel que corresponda a un evento distinto, derivado de una causa diferente y que no constituya recaída, recurrencia, reinfarcto relacionado, extensión, evolución, complicación cardiovascular, secuela o consecuencia directa o indirecta de un Infarto Agudo al Miocardio previo.

La determinación de la independencia médica entre dos eventos corresponderá a la Compañía con base en la documentación médica presentada y, en caso de controversia, podrá aplicarse lo dispuesto en la cláusula de Arbitraje Médico de las presentes Condiciones Particulares.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- a) **Cambios en el Electrocardiograma (ECG) que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de Infarto Agudo al Miocardio;**
- b) **Los infartos que no necesitan tratamiento en Unidad de Cuidados Intensivos;**
- c) **La angina de pecho estable o inestable;**
- d) **Todo Infarto Agudo al Miocardio que ocurra en la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ya sea como consecuencia directa o indirecta de este si al momento de producirse el Asegurado tiene Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). A los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmunodeficiencia**

- Adquirida” tendrá el significado asignado al mismo por la Organización Mundial de la Salud. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá ARC (“Aids Related Condition” o “Condición Relacionada con el SIDA”);**
- e) Elevación mínima de las troponinas, sin anomalías diagnosticadas en el Electrocardiograma (ECG) ni signos clínicos de infarto;**
 - f) Infarto Agudo al Miocardio ocurrido por Culpa Grave del Asegurado como consecuencia del uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un Médico o Médico Especialista legalmente autorizado.**
 - g) Cualquier infarto agudo al miocardio diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.**
 - h) Recaídas, recurrencias, reinfartos relacionados con un infarto previamente diagnosticado, complicaciones cardiovasculares derivadas, secuelas cardíacas, extensión del infarto o procedimientos y tratamientos derivados de un infarto previamente diagnosticado.**

Únicamente procederá 1 (una) Indemnización por esta Cobertura por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual aún en el caso de que durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado presente dos o más Infartos Agudos al Miocardio.

2.3. Insuficiencia Renal Crónica

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura cuando durante la Vigencia de la misma y una vez transcurrido el Periodo de Carencia aplicable, se determine por primera vez el Diagnóstico definitivo de una Insuficiencia Renal Crónica cubierta conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Se entenderá por Insuficiencia Renal Crónica la disminución crónica, progresiva e irreversible de la función renal causada por el deterioro de uno o ambos riñones, diagnosticada por un Médico Especialista en Nefrología o Medicina Interna y sustentada mediante estudios clínicos y de laboratorio.

Para que la indemnización proceda, el Diagnóstico definitivo deberá ser emitido por un Médico Especialista en Nefrología o Medicina Interna y estar respaldado por el informe médico correspondiente y por los estudios que sustenten el diagnóstico, incluyendo, según corresponda:

1. Análisis de orina;
2. Depuración de creatinina;
3. Proteinuria total;
4. Creatinina en orina;
5. Albúmina;
6. Examen de nitrógeno ureico en la sangre (BUN);

7. Ecografía abdominal; y
8. Cualquier otro estudio médico que resulte clínicamente necesario para acreditar la insuficiencia renal crónica reclamada.

Asimismo, deberá acreditarse, según corresponda:

- a) Tasa de filtración glomerular menor a 60 ml/min/1.73m² durante al menos 3 meses o estar en ERC estadio 3 o superior de la enfermedad renal crónica
- b) La necesidad médica de diálisis peritoneal o hemodiálisis;
- c) La realización de tratamiento sustitutivo renal mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis; o
- d) El ingreso formal a un programa de trasplante renal o la realización del trasplante renal.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- a. **Falla o insuficiencia renal aguda, reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento;**
- b. **Tratamientos temporales de diálisis que no impliquen insuficiencia renal crónica;**
- c. **Trastornos renales que no requieran tratamiento sustitutivo renal, inscripción a un programa de trasplante renal o la realización de un trasplante renal;**
- d. **Insuficiencia Renal Crónica derivada del incumplimiento deliberado del tratamiento médico indicado;**
- e. **Cualquier insuficiencia renal crónica diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura o dentro del Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales señalado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones, complicaciones o secuelas.**

2.4. Evento Cerebrovascular

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura cuando durante la Vigencia de la misma se presente un Evento Cerebrovascular conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Se entenderá por Evento Cerebrovascular al evento agudo de origen vascular que produzca daño al tejido cerebral como consecuencia de infarto, hemorragia intracraneal o embolia de origen extracraneal.

La indemnización procederá únicamente cuando se cumplan de manera conjunta los siguientes criterios:

1. **Inicio clínico:** Aparición súbita de signos o síntomas neurológicos consistentes con un

- evento cerebrovascular con una duración mayor a 24 (veinticuatro) horas;
2. **Déficit neurológico objetivo:** Presencia de un déficit neurológico nuevo, objetivable mediante exploración clínica;
 3. **Permanencia:** El déficit neurológico deberá ser permanente e irreversible, con una duración continua de al menos 90 (noventa) días naturales a partir de la fecha del evento; y
 4. **Confirmación diagnóstica:** El Diagnóstico deberá ser realizado por un Médico Especialista en Neurología y confirmado mediante estudios de imagen, tales como tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) u otros métodos equivalentes reconocidos en la práctica médica.

La procedencia de la indemnización quedará sujeta a que el déficit neurológico permanente e irreversible subsista durante el periodo mínimo de 90 (noventa) días naturales establecido en esta cobertura.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- a. **Ataque isquémico transitorio (AIT) o eventos isquémicos reversibles;**
- b. **Déficits neurológicos de carácter temporal o reversible;**
- c. **Lesiones cerebrales derivadas de traumatismos, infecciones, tumores o causas no vasculares;**
- d. **Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección;**
- e. **Infartos lacunares u otros hallazgos en estudios de imagen que no estén asociados a un déficit neurológico permanente conforme a la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente;**
- f. **Hallazgos incidentales en neuroimagen sin correlación clínica;**
- g. **Eventos cerebrovasculares secundarios a Enfermedades Preexistentes;**
- h. **Cualquier evento cerebro vascular diagnosticado antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura o dentro del Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales señalado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones, complicaciones o secuelas.**

Únicamente procederá 1 (una) Indemnización por esta Cobertura por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual aún en el caso de que durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado presente dos o más Eventos.

2.5. Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada diaria indicada para esta cobertura por cada Día de Hospitalización, cuando durante la Vigencia de la cobertura sea diagnosticado con

una Enfermedad Cubierta y, como consecuencia directa de ésta, requiera Hospitalización conforme a las definiciones establecidas en las presentes Condiciones Particulares.

El pago de la Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad se realizará por cada Día de Hospitalización efectivamente transcurrido, una vez cumplido el Período mínimo de Hospitalización establecido en la Carátula de Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.

La indemnización se pagará hasta por el Periodo máximo de beneficio por Hospitalización, mismo que corresponderá a 30 (treinta) Días de Hospitalización.

Esta cobertura únicamente ampara un Evento Cubierto por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. Para efectos de esta cobertura, el límite de un Evento Cubierto se aplicará de manera independiente para cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Para efectos de esta cobertura, toda Hospitalización derivada de una misma Enfermedad Cubierta se considerará un solo Evento Cubierto.

Cualquier reingreso hospitalario derivado de la misma Enfermedad Cubierta que haya dado origen a un pago previo se considerará continuación del mismo Evento Cubierto, siempre que ocurra dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del alta hospitalaria previa y no se haya agotado el Periodo máximo de beneficio por Hospitalización.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la Hospitalización derivada de una Enfermedad Cubierta, la Compañía pagará a los Beneficiarios que correspondan los Días de Hospitalización efectivamente transcurridos hasta la fecha de fallecimiento.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- **Tratamientos ambulatorios;**
- **Convalecencia domiciliaria, en asilos, casa de convalecencia o de reposo;**
- **Estancia en Hospitales si no es médicamente necesario para la recuperación de la salud del paciente o si no es instruida por un Médico o Médico Especialista;**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas realizadas con fines de investigación o valoración que no resulten médicamente necesarios para el tratamiento de la Enfermedad que origina la Hospitalización;**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un Diagnóstico que no sea derivado de la Enfermedad que origina la Hospitalización;**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la omisión en la búsqueda de atención oportuna o en el seguimiento de recomendaciones médicas;**
- **Tratamientos psiquiátricos o por drogadicción o alcoholismo;**

- **Hospitalización por tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías;**
- **Gastos Médicos por tratamientos con fines preventivos, incluidos curas de reposo o descanso y exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como check ups;**
- **Cualquier hospitalización que ocurra antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o dentro del Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales señalado en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual.**

2.6. Cirugías

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía pagará al Asegurado, en una sola exhibición, la Suma Asegurada correspondiente a cada Cirugía Cubierta a la que sea sometido durante la Vigencia de la cobertura, siempre que:

- a. Tratándose de cirugías derivadas de una Enfermedad Cubierta, haya transcurrido el Periodo de Carencia.
- b. El Diagnóstico médico definitivo que origine la Cirugía Cubierta sea emitido y confirmado por el Médico Especialista correspondiente y se encuentre respaldado por el expediente clínico y los estudios médicos requeridos para la Cirugía respectiva.
- c. La Cirugía que se encuentre expresamente incluida en el listado de Cirugías Cubiertas en estas Condiciones Particulares.
- d. Sea consecuencia directa de una Enfermedad Cubierta o de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de esta Cobertura.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá por Cirugía el procedimiento médico invasivo realizado por un Médico Especialista legalmente autorizado, que requiera una intervención quirúrgica y que se encuentre expresamente incluido en el listado de Cirugías Cubiertas contenido en las presentes Condiciones Particulares.

Las Cirugías Cubiertas derivadas de una Enfermedad Cubierta estarán sujetas a un Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días naturales contado a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de esta cobertura.

Tratándose de Trasplante de Órgano Vital, el Periodo de Carencia será de 90 (noventa) días naturales contado a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de esta cobertura.

Las Cirugías Cubiertas derivadas de un Accidente Cubierto no estarán sujetas a Periodo de Carencia.

Cada una de las Cirugías Cubiertas opera de manera independiente y cuenta con una Suma Asegurada específica, conforme a lo establecido en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual. **Las Sumas Aseguradas correspondientes a cada Cirugía Cubierta son independientes entre sí y no podrán acumularse,**

transferirse ni combinarse.

Tratándose de órganos pares, la extirpación quirúrgica unilateral o bilateral realizada respecto del mismo órgano se considerará una sola Cirugía Cubierta para efectos de esta cobertura, por lo que no procederá una segunda indemnización derivada de procedimientos posteriores realizados sobre el órgano par remanente. Lo anterior será aplicable independientemente de que los procedimientos se realicen en una misma fecha o en fechas distintas.

2.6.1. Listado de Cirugías Cubiertas

ID	Cirugía Cubierta	Estudios Necesarios para la reclamación
1	Apendicectomía	Estudios histopatológicos y de gabinete. En caso de tenerlo, de imagen.
2	Colecistectomía	Estudios histopatológicos, y al menos un estudio de los siguientes: Tomografía o Ultrasonido con o sin prueba de Boyden.
3	Hemorroidectomía	Colonoscopia.
4	Amigdalectomía	Reporte de radiografía lateral de cuellos o estudio de imagen (TAC, RMN) que sustente el diagnóstico realizado previo a la intervención quirúrgica.
5	Extirpación quirúrgica de ovarios	Estudio histopatológico o estudios de imagen.
6	Litotricia extracorpórea	Reporte de ultrasonido previo al tratamiento de litotricia, biometría hemática, examen general de orina y química sanguínea.
7	Mastectomía	Estudio histopatológico o estudios de imagen.
8	Prostatectomía	Estudio histopatológico o estudios de imagen.
9	Trasplante de órgano vital (corazón, hígado, pulmón, riñón, médula ósea, páncreas, bazo, intestino)	Estudios que avalen la necesidad de un trasplante.

La Compañía podrá requerir documentación y estudios médicos adicionales cuando éstos resulten razonablemente necesarios para la validación del diagnóstico o de la Cirugía Cubierta reclamada.

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- **Cirugías no incluidas en el listado de la cobertura.**
- **Cirugías a consecuencia directa o indirecta de condiciones respecto de las cuales el Asegurado hubiese recibido tratamiento, hubiese sido informado de la necesidad de la Cirugía, hubiese sido aconsejado para**

recibir tratamiento quirúrgico o tuviera conocimiento de la necesidad del procedimiento quirúrgico antes de la fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura.

- Cirugía plástica por cualquier condición, salvo operaciones reconstructivas como consecuencia de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la cobertura y siempre que dicha cobertura esté descrita en el listado de Procedimientos quirúrgicos cubiertas.
- Cirugías estéticas para fines de embellecimiento, tratamientos para adelgazar o rejuvenecer.
- Cirugías realizadas con el propósito de donación de órganos (como donante).
- Cirugías por tratamientos experimentales o de investigación.
- Cirugías por tratamientos o intervenciones quirúrgicas sin indicación médica.
- Cirugías a consecuencias de tratamientos para atención psiquiátrica, por eventos tales como adicciones, neurosis de ansiedad, crisis conversivas o crisis de pánico.
- Procedimientos quirúrgicos por aborto.
- Todo tratamiento quirúrgico debido a desórdenes o deformidades nasales o del tabique nasal que no sean consecuencia de un Accidente Cubierto. La prueba del trauma deberá confirmarse por medio de radiografías, tomadas al asegurado dentro de los 5 (cinco) días siguientes al Accidente Cubierto.
- Cirugías derivadas de Accidentes ocurridos antes del Inicio de Vigencia de la cobertura, así como sus secuelas o sus consecuencias.
- Cirugías derivadas de Accidentes o padecimientos a consecuencia del alcoholismo o toxicomanía del Asegurado.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o condiciones médicas relacionadas y/o conectadas y/o resultantes del SIDA y/o resultantes del virus generador del SIDA.
- Cuando el Asegurado participe como donante de órganos o tejidos.
- Trasplantes autólogos.
- Cualquier trasplante respecto del cual el Asegurado actúe como donante y no como receptor. Cualquier Cirugía Cubierta derivada de una Enfermedad diagnosticada o Accidente ocurrido antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura o durante el Periodo de Carencia aplicable, así como sus recaídas, recurrencias, complicaciones, secuelas, tratamientos o procedimientos complementarios.

La Suma Asegurada correspondiente a cada Cirugía Cubierta se indemnizará una sola vez por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. La limitación prevista en el párrafo anterior aplicará de manera independiente en cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual.

Cuando durante una misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual el Asegurado sea

sometido a dos o más Cirugías Cubiertas, procederá el pago de la Suma Asegurada correspondiente a cada una de ellas, siempre que:

- a) Cada Cirugía se encuentre expresamente incluida en el listado de Cirugías Cubiertas;
- b) Cada Cirugía cuente con sustento médico propio e independiente; y

Se cumplan los términos, condiciones, requisitos, periodos de carencia y exclusiones establecidos en esta cobertura.

Lo anterior será aplicable aun cuando dos o más Cirugías Cubiertas sean realizadas durante un mismo acto quirúrgico.

2.7. Fractura de Huesos por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía indemnizará al Asegurado cuando, durante la Vigencia de la cobertura, sufra una Fractura Cubierta como consecuencia directa de un Accidente Cubierto, conforme a los términos y condiciones establecidos en las presentes Condiciones Particulares.

Para efectos de esta cobertura, las Fracturas Cubiertas deberán encontrarse debidamente diagnosticadas y acreditadas mediante estudios de imagen, expediente clínico y demás evidencia médica que resulte aplicable, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente Cubierto.

La Suma Asegurada aplicable será la indicada para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.

2.7.1. Fracturas Cubiertas

Las Fracturas Cubiertas al amparo de esta cobertura son exclusivamente aquellas correspondientes a las localizaciones anatómicas identificadas con los siguientes códigos CIE-10:

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
Vértebras	M484, S220, S221, S320
Esternón, patela, hueso malar	S024, S222, S228, S820
Dedos Mano	S622-S624, S923
Pie (excluyendo dedos y tarso)	

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- Se excluyen las fisuras óseas, entendiéndose por éstas una lesión ósea incompleta que no produzca separación total de la continuidad del hueso y que sea expresamente diagnosticada como fisura por el Médico tratante.
- 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.
- 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.
- 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 el producidas.
- Cualquier fractura ocurrida antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones o complicaciones.

Esta cobertura únicamente ampara un Evento Cubierto por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. En ningún caso procederá más de una indemnización durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, aun cuando el Asegurado presente dos o más Fracturas Cubiertas, fracturas múltiples, fracturas bilaterales o fracturas derivadas del mismo o de distintos Accidentes Cubiertos.

2.8. Indemnización por Dislocación o Luxación por Accidente

De encontrarse amparada esta cobertura en la Carátula de Póliza y en el Consentimiento/Certificado Individual, la Compañía indemnizará al Asegurado cuando sufra una o varias Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas como consecuencia directa de un Accidente Cubierto ocurrido durante la Vigencia de la cobertura.

Para efectos de esta cobertura, las Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas deberán encontrarse debidamente diagnosticadas y acreditadas mediante estudios de imagen, expediente clínico y demás

evidencia médica que resulte aplicable, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente Cubierto. La existencia de la Luxación o Dislocación Cubierta podrá acreditarse mediante estudios de imagen, notas médicas de urgencias, reportes de reducción articular o cualquier otra documentación médica suficiente que permita verificar su ocurrencia.

La Suma Asegurada aplicable será la indicada para esta cobertura en la Carátula de Póliza y/o en el Consentimiento/Certificado Individual.

Tratándose de Dislocaciones o Luxaciones Parciales, la Indemnización corresponderá al 25% (veinticinco por ciento) de la Suma Asegurada contratada aún y cuando el Asegurado presente dos o más Dislocaciones o Luxaciones parciales derivados del mismo Accidente Cubierto.

Tratándose de Dislocaciones o Luxaciones Completas, así como de Dislocaciones o Luxaciones múltiples derivadas del mismo Accidente Cubierto, la Indemnización corresponderá al 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada contratada.

En ningún caso el pago de la Indemnización a que tenga obligación la Compañía por esta cobertura podrá superar al 100% de la Suma Asegurada contratada.

La Compañía pagará al Asegurado la indemnización correspondiente únicamente respecto de las siguientes Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas siempre y cuando sean tratadas mediante procedimientos de reducción:

ID	Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas
1	Cadera
2	Rodilla (excepto rótula)
3	Hombro
4	Pie/tobillo
5	Mano
6	Mandíbula inferior
7	Muñeca
8	Codo
9	Dedo del pie

Exclusiones particulares:

Ningún beneficio será pagadero en relación con esta Cobertura si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado se trata o es resultado de lo siguiente:

- **Dislocaciones o Luxaciones que no se encuentren expresamente señaladas en el listado correspondiente a esta cobertura.**

- **Cualquier Dislocación o Luxación ocurrida antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la cobertura, así como sus recaídas, recurrencias, progresiones o complicaciones.**

Esta cobertura únicamente ampara un Evento Cubierto por cada Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual. En ningún caso procederá más de una indemnización durante la misma Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual, aun cuando el Asegurado presente dos o más Dislocaciones o Luxaciones derivadas del mismo o de distintos Accidentes Cubiertos.

Para efectos de esta cobertura, se considerará como un mismo Evento Cubierto todas las Dislocaciones o Luxaciones Cubiertas derivadas de un mismo Accidente Cubierto, incluyendo dislocaciones o luxaciones múltiples o aquellas que afecten simultáneamente distintas articulaciones o regiones anatómicas.

3. EXCLUSIONES GENERALES

- **Lesiones, daños corporales 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.**
- **Auto mutilación o auto lesión consciente y voluntaria.**
- **Accidentes resultantes de cualquier participación activa del Asegurado en un entrenamiento o conflicto armado planeado por autoridades civiles o militares.**
- **Embarazo, parto natural, operación de cesárea, legrado o aborto y/o cualquier complicación durante o después del embarazo y a consecuencia de éste.**
- **Accidentes ocurridos antes del Inicio de Vigencia del Consentimiento/Certificado Individual y/o de la cobertura correspondiente.**
- **Eventos originados por Enfermedades Preexistentes.**
- **Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético, tratamiento de fertilidad, tratamientos de control de peso o procedimientos no necesarios médicamente, excepto que sean consecuencia de un Accidente Cubierto.**
- **Accidentes ocurridos por guerra, actos bélicos u hostilidades, guerra civil (sea o no guerra declarada), insurrección, rebelión, revolución, inestabilidad civil, manifestaciones, poder militar o usurpación del poder, ley marcial o motín, siempre que el Asegurado participe activamente en dichos eventos.**
- **Lesiones a consecuencia de la participación activa del Asegurado en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.**

- **Cualquier gasto médico debido a un acto intencional o autoinfligido, intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de ingesta de drogas diferente a las que están indicadas por un Médico o Médico Especialista, de alcohol o ingesta de veneno.**
- **Cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, materiales bélicos nucleares o cualquier residuo nuclear.**
- **Accidentes resultantes de la práctica de motociclismo, box, lucha libre o greco romana, charrería tauromaquia, cacería, alpinismo, espeleología, deportes hípicas y de buceo, clavados, salto en bungee o cualquier actividad, Deporte Profesional o Deporte de Alto Riesgo que se practique de manera profesional, amateur y/u ocasional.**
- **Accidentes ocurridos mientras el Asegurado conduzca motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, salvo que al momento del Accidente cuente con la licencia vigente requerida conforme a la legislación aplicable y utilice el equipo de protección obligatorio exigido por la autoridad competente.**
- **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 (incluyendo planeadores, globo aerostático y paracaídas).**
- **Eventos resultantes de la participación de tipo profesional del Asegurado en competencias, entrenamientos, carreras y/o pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Accidentes o Eventos 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 Cubierto, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un Médico.**
- **Cualquier envenenamiento doloso que no sea Accidente.**
- **Inhalación de gases o humo que no sea accidental.**

4. DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado, su Beneficiario Contingente o el Beneficiario; según corresponda, deberá presentar a la Compañía la información y documentación necesaria para comprobar la ocurrencia del Siniestro, así como la exactitud de los hechos consignados en su reclamación.

La Compañía tendrá derecho a solicitar al Asegurado, Beneficiario Contingente o Beneficiario, según corresponda, toda clase de información y documentación relacionada con el Evento Cubierto, Accidente Cubierto, Enfermedad Cubierta, diagnóstico, procedimiento o siniestro reclamado, con el fin de determinar las circunstancias de su origen, evolución y consecuencias.

4.1. Documentación general requerida

1. Formato de reclamación, denominado "Declaración para trámite de Siniestro", debidamente llenado y firmado por el Asegurado o, en su caso, por el(los) Beneficiario(s) designado(s), Beneficiario Contingente.
2. Informe médico, ya sea mediante el formato denominado "Declaración del Médico para trámite de Siniestro" o a través de un resumen clínico emitido por el Médico Especialista correspondiente.
3. Identificación oficial vigente del Asegurado y, en su caso, del Beneficiario Contingente o del Beneficiario, con fotografía y firma.
4. Comprobante de domicilio del Asegurado, del Beneficiario Contingente o del Beneficiario, según sea el caso, con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses a la fecha de la presentación del Siniestro.
5. Estado de cuenta bancario a nombre del Asegurado o, en su caso, del Beneficiario, con antigüedad no mayor a 3 (tres) meses a la fecha de presentación del Siniestro, para efectos del pago correspondiente.

4.2. Documentación específica por cobertura

Además de la documentación general señalada anteriormente, deberá presentarse la documentación específica que corresponda a la cobertura reclamada:

A) Cáncer

1. Evidencia histopatológica que confirme el diagnóstico;
2. Informe médico emitido por un Médico Especialista en Oncología;
3. Expediente clínico;
4. Estudios médicos que sustenten el diagnóstico definitivo.
5. Estudios de imagen, cuando resulten necesarios para acreditar el diagnóstico o determinar la procedencia de la cobertura.

B) Infarto Agudo al Miocardio

1. Informe médico emitido por un Médico Especialista en Cardiología;
2. Expediente clínico;
3. Electrocardiogramas (ECG);
4. Resultados de enzimas cardíacas y biomarcadores cardíacos;
5. Constancia o documentación de hospitalización relacionada con el evento, cuando exista;
6. Ecocardiograma o estudios equivalentes que acrediten la reducción de la fracción de eyección, cuando dicho criterio sea utilizado para acreditar la procedencia de la cobertura;
7. Estudios y documentación médica que acrediten el cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos en la cobertura.
8. Reportes de angiografía coronaria, cuando existan o cuando resulten necesarios para determinar la procedencia de la cobertura o la independencia de eventos reclamados.

C) Insuficiencia Renal Crónica

1. Informe médico emitido por un Médico Especialista en Nefrología o Medicina Interna;
2. Expediente clínico;
3. Análisis de orina;
4. Depuración de creatinina;
5. Proteinuria total;
6. Creatinina en orina;
7. Albúmina;

8. Examen de nitrógeno ureico en sangre (BUN);
9. Ecografía abdominal;
10. Documentación médica que acredite la realización de diálisis o hemodiálisis, o bien, la incorporación a un programa de trasplante renal, conforme a los requisitos establecidos en la cobertura.
11. Documentación médica que acredite la realización de un trasplante renal, cuando dicho supuesto sea utilizado para acreditar la procedencia de la cobertura.

D) Evento Cerebrovascular

1. Informe médico emitido por un Médico Especialista en Neurología;
2. Expediente clínico;
3. Estudios de imagen diagnóstica, incluyendo tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) o estudios equivalentes;
4. Documentación médica que acredite el déficit neurológico permanente;
5. Documentación médica que acredite la permanencia del déficit neurológico durante el plazo requerido en la cobertura reclamada.

E) Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad

1. Constancia de Hospitalización emitida por el Hospital o institución de salud correspondiente;
2. Resumen clínico;
3. Notas de ingreso y egreso hospitalario;
4. Documentación médica que acredite el periodo de Hospitalización indemnizable.
5. Facturas, estados de cuenta u otra documentación emitida por el Hospital cuando resulte necesaria para acreditar el periodo de Hospitalización reclamado.

F) Cirugías

1. Informe médico emitido por el Médico Especialista tratante;
2. Reporte quirúrgico;
3. Estudios requeridos para la Cirugía Cubierta correspondiente conforme a lo establecido en dicha cobertura;
4. Documentación médica que acredite la realización de la Cirugía Cubierta reclamada.
5. Estudios histopatológicos, cuando conforme al listado de Cirugías Cubiertas resulten necesarios para acreditar la procedencia de la indemnización.

G) Fractura de Huesos por Accidente

1. Informe médico;
2. Estudios radiológicos o de imagen que acrediten la fractura reclamada;
3. Expediente o resumen clínico;
4. Documentación médica que acredite la fecha de ocurrencia del Accidente Cubierto;
5. Documentación médica que permita acreditar que la fractura fue diagnosticada dentro del plazo establecido en la cobertura.

H) Dislocación o Luxación por Accidente

1. Informe médico;
2. Estudios de imagen que acrediten la dislocación o luxación reclamada;
3. Expediente clínico o resumen clínico;
4. Documentación médica que acredite la fecha de ocurrencia del Accidente Cubierto;
5. Documentación médica que permita acreditar que la dislocación o luxación fue diagnosticada dentro del plazo establecido en la cobertura.

Adicionalmente, en caso de fallecimiento del Asegurado, el (los) Beneficiario(s) designados, deberá

presentar:

1. Certificado de defunción del Asegurado.
2. Acta de defunción del Asegurado, cuando se encuentre disponible.

La Compañía tendrá derecho, en cualquier momento, a:

- a. Solicitar información o documentación adicional razonablemente necesaria para determinar la procedencia del Siniestro conforme a la cobertura reclamada.
- b. Practicar, a su costa, exámenes médicos al Asegurado a través de Médicos designados por la propia Compañía.
- c. Obtener información de los Médicos tratantes, Hospitales, clínicas o cualquier institución que haya intervenido en la atención del Asegurado, previo consentimiento de éste y en los términos de la legislación aplicable.
- d. Verificar la veracidad de la información presentada, así como realizar las investigaciones que considere necesarias para la valoración del Siniestro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5. TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO

El trámite de cualquier reclamación deberá ser realizado directamente por el propio Asegurado.

Cuando el Asegurado se encuentre material o médicamente imposibilitado para realizar los trámites correspondientes, éstos podrán ser efectuados, por el Beneficiario Contingente designado conforme a las presentes Condiciones.

En caso de que no exista Beneficiario Contingente designado, los trámites podrán ser realizados por cualquiera de las siguientes personas, en el orden de prelación siguiente:

- a. El cónyuge o concubina(o) legalmente reconocida(o) del Asegurado;
- b. A falta de este, cualquiera de los hijos del Asegurado;
- c. A falta de los anteriores, un pariente por consanguinidad en línea recta o colateral hasta el segundo grado.

En todos los casos, la actuación de cualquiera de las personas antes señaladas se limitará exclusivamente al trámite administrativo de la reclamación y no les confiere derecho alguno para recibir el pago de la indemnización.

Cualquier indemnización que corresponda al Asegurado se pagará única y exclusivamente mediante depósito en cuentas bancarias a nombre del propio Asegurado, o en el caso de que éste haya fallecido, al(los) Beneficiario(s) que correspondan, aun cuando el trámite haya sido realizado por el Beneficiario Contingente o por alguno de los representantes señalados en esta cláusula.

6. 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. Por terminación del Contrato de Seguro, en cuyo caso cesarán todas las coberturas del Beneficio Adicional.
- b. Por terminación de la relación del Asegurado con el Grupo Asegurado, en cuyo caso cesarán todas las coberturas respecto de dicho Asegurado.
- c. Al fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso cesarán todas las coberturas del Beneficio Adicional.

- d. En caso de cancelación del presente Beneficio Adicional, en cuyo caso cesarán todas sus coberturas.
- e. A solicitud expresa del Contratante

7. EDAD

Las edades de aceptación para esta Cobertura Adicional serán las siguientes:

Edad mínima	Edad máxima
18 años	69 años

Para efectos de esta Cobertura Adicional se considera como edad real del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura indicada en el Consentimiento/Certificado Individual correspondiente.

Previo 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.

8. ARBITRAJE MÉDICO

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de la preexistencia de una Enfermedad, Evento 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 hiciere falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento del Asegurado o Beneficiario mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de la Compañía.

Si el Asegurado optó por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a ellos no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de una Enfermedad o Evento.

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.

9. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

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

10. INVITACIÓN PARA CONSULTAR AL RECAS

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder 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 31 de julio de 2026, con el número BADI-S0106-0030-2026/CONDUSEF-007332-01.”