

Condiciones Generales
“GASTOS FUNERARIOS, INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS Y/O DIABETES”

MUESTRA SIN VALOR

ÍNDICE

CONCEPTO	PÁGINA
1	DEFINICIONES..... 1
1.1	ASEGURADO 1
1.2	CONTRATANTE 1
1.3	PÓLIZA..... 1
1.4	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA 1
1.5	VIGENCIA 1
1.6	COBERTURA..... 1
1.7	COBERTURA BÁSICA..... 1
1.8	SINIESTRO 1
1.9	SUMA ASEGURADA 1
1.10	PRIMA 2
1.11	PERIODO DE CARENCIA 2
1.12	PERÍODO DE GRACIA 2
1.13	BENEFICIARIO 2
1.14	ENDOSO..... 2
1.15	EXCLUSIONES..... 2
1.16	PADECIMIENTOS PREEXISTENTES..... 2
1.17	LEY..... 3
1.18	INTERVENCIÓN QUIRURGICA O CIRUGÍA..... 3
1.19	DIAGNOSTICO DE DIABETES 3
1.20	CULPA GRAVE 3
2	CLÁUSULAS GENERALES 3
2.1	NOTIFICACIONES..... 3
2.2	MODIFICACIONES..... 4
2.3	PRIMAS 4
2.4	REHABILITACIÓN 5
2.5	TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA 5
2.6	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES 6
2.7	FRAUDE, DOLO O MALA FE..... 6
2.8	INDISPUTABILIDAD 6
2.9	EDAD DE ACEPTACIÓN 6
2.10	AVISO DEL SINIESTRO 7
2.11	COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO 7
2.12	PAGO DEL SINIESTRO..... 9
2.13	INDEMNIZACIÓN POR MORA 9
2.14	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO 10
2.15	PRESCRIPCIÓN 10
2.16	COMPETENCIA..... 10
2.17	MONEDA 11
2.18	CARENCIA DE RESTRICCIONES 11
2.19	AGRAVACIÓN DEL RIESGO 11
2.20	IMPUESTO 12
2.21	INTERMEDIACIÓN 13
2.22	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL PARA EL CASO DE CELEBRACIÓN DE CONTRATO POR INTERNET O POR CONDUCTO DE PRESTADOR DE SERVICIOS AL QUE SE REFIERE EL ART. 102 Y 103 DE LA LISF 13
2.23	CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS..... 14
2.24	ARBITRAJE 14
3	COBERTURAS..... 15

3.1	COBERTURA BÁSICA POR GASTOS FUNERARIOS	15
3.2	COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL POR DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2	15
3.3	COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	15
4	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA	16
5	ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	17
6	EXCLUSIONES	17
6.1	GASTOS FUNERARIOS	17
6.2	DIABETES MELLITUS TIPO 2	18
6.3	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.....	18
7	CATÁLOGO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS (DEFINICIONES Y CÓDIGOS ICD-9 CM).....	19

MUESTRA

Prudential Seguros México, S.A. de C.V. en adelante la **COMPAÑÍA**, emite las condiciones generales de la presente Póliza sobre el **ASEGURADO**, cuyo nombre figura en la Carátula de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por el mismo y/o el **CONTRATANTE**. 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 ASEGURADO

Es aquella persona física que se encuentra amparada conforme a estas condiciones generales y de acuerdo con las coberturas expresamente señaladas en la Carátula de la Póliza.

1.2 CONTRATANTE

Es la persona física o moral que suscribe con la **COMPAÑÍA** la Póliza y es responsable ante ésta de pagar la Prima correspondiente; de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro y señalado en la Carátula de la Póliza para cada Cobertura.

1.3 PÓLIZA

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las condiciones generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro y su cuestionario relativo; así como los Endosos, los Recibos de Pago los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** y la **COMPAÑÍA** y donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

1.4 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Es la fecha en que da inicio el período de protección de cada una de las Coberturas contratadas, estipuladas en la Carátula de la Póliza.

1.5 VIGENCIA

Es la duración considerada para cada Cobertura contratada, la cual comienza a las 12:00 horas de la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la Carátula de la Póliza.

1.6 COBERTURA

Es el tipo de protección contratada por el **CONTRATANTE**, bajo la cual se pueden amparar los riesgos de: Gastos Funerarios, Diabetes Mellitus tipo 2 e Intervenciones Quirúrgicas.

1.7 COBERTURA BÁSICA

Se entenderá como Cobertura Básica la que cubre los Gastos Funerarios del Asegurado.

1.8 SINIESTRO

Es el hecho o la realización del evento y que produce efecto sobre la(s) Cobertura(s) contratada(s), la cual se encuentra especificada en la Carátula de la Póliza.

1.9 SUMA ASEGURADA

Es la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza por cada Cobertura, hasta por la que tendrá responsabilidad la **COMPAÑÍA**, en caso de proceder el Siniestro.

1.10 PRIMA

Es la cantidad determinada por la COMPAÑÍA, que el CONTRATANTE deberá pagar como contraprestación por las Coberturas de Seguro contratadas y que se establece en la Carátula de la Póliza.

La prima para el período en curso, se adeudará en su totalidad aun cuando la COMPAÑÍA no haya cubierto el riesgo sino durante una parte de ese tiempo.

1.11 PERIODO DE CARENCIA

Es el periodo que inicia a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia, durante el cual no surtirán efectos las coberturas opcionales de la Póliza, en caso de haberse contratado.

1.12 PERÍODO DE GRACIA

Es el plazo convenido entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE para el pago de la Prima, dentro del cual se otorga la Cobertura contratada, aun cuando no se hubiere pagado la Prima o la fracción de ella, en el caso de que el CONTRATANTE haya optado por un pago diferente al anual. En caso de Indemnización por causa de Siniestro dentro de este período, la COMPAÑÍA deducirá de la misma, la Prima que se encuentre pendiente de pago hasta complementar la del periodo en curso.

1.13 BENEFICIARIO

Aquella persona que por designación del ASEGURADO o por disposición legal, tiene derecho a recibir el beneficio contratado, o su proporción correspondiente, de aquellas Coberturas en las que, con el carácter de Beneficiario, se le ha designado.

1.14 ENDOSO

Es el documento emitido por la COMPAÑÍA, que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones particulares de la Póliza, así como cualquier información que afecte a ésta.

1.15 EXCLUSIONES

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas bajo las condiciones que aplican.

1.16 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

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

- Se haya declarado su existencia, o
- El ASEGURADO haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico, o
- Sean comprobables: por la existencia de un expediente o resumen médico, en el cual se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

En caso de desacuerdo entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA acerca de la preexistencia de padecimientos y/o enfermedades preexistentes, se resolverá conforme a lo indicado en la cláusula 2.24 ARBITRAJE.

1.17 LEY

Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

1.18 INTERVENCIÓN QUIRURGICA O CIRUGÍA

Es todo procedimiento médicamente necesario realizado al ASEGURADO que requiera la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido o un órgano por medio de un médico legalmente facultado para ello, en un hospital autorizado ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano.

Para efectos de este seguro sólo se entenderán como intervenciones quirúrgicas las señaladas en la tabla de la cláusula 3.3 de estas condiciones generales, por lo que cualquier otra intervención quirúrgica o cirugía no indicada en tal tabla, se encuentra excluida de este seguro.

1.19 DIAGNOSTICO DE DIABETES

Se contemplará como diagnóstico de Diabetes, el Primer diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, una vez que se documenten síntomas de diabetes y al menos 2 de los 4 criterios mencionados a continuación, y el período de tiempo transcurrido entre las dos pruebas no sea mayor a 30 días naturales. Las reclamaciones serán cubiertas una vez que se haya establecido el diagnóstico en los términos mencionados y se haya iniciado tratamiento con medicamentos orales y/o insulina.

- a) Síntomas de diabetes mellitus más concentración de glucosa al azar ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
- b) Glucosa en ayunas (con al menos 8 horas de ayuno) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l).
- c) Nivel de glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa (con carga de glucosa anhidra de 75 g. disuelta en agua).
- d) Hemoglobina glucosilada (HbA1C) $\geq 6.5\%$.

1.20 CULPA GRAVE

La omisión de la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes.

2 CLÁUSULAS GENERALES

2.1 NOTIFICACIONES

Cualquier notificación relacionada con el presente Contrato deberá hacerse por escrito precisamente al último domicilio de la COMPAÑÍA.
El ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o Beneficiario deberá(n) notificar por escrito a la COMPAÑÍA cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Las notificaciones que la COMPAÑÍA haga al ASEGURADO y/o CONTRATANTE y/o Beneficiario se dirigirán al último domicilio de éstos, respecto del cual tenga conocimiento.

2.2 MODIFICACIONES

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

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

La Póliza y sus eventuales Endosos o Cláusulas firmados por funcionarios autorizados de la COMPAÑÍA, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. La COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones o condiciones efectuadas en otra forma.

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

2.3 PRIMAS

La prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro, el cual es anual.

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 aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado.

La COMPAÑÍA podrá reclamar al ASEGURADO el pago de las primas cuando el CONTRATANTE que obtuvo esta póliza resulte insolvente.

Salvo pacto en contrario, El CONTRATANTE gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella en los casos de pagos en parcialidades; en caso de no ser cubierta la prima dentro del plazo estipulado, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo.

Durante el periodo de gracia, la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, en caso de siniestro, la COMPAÑÍA podrá reducir de la indemnización que proceda, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Si el CONTRATANTE paga la prima fuera del periodo de gracia, aun cuando la COMPAÑÍA acepte el pago o sea realizado posteriormente por el CONTRATANTE mediante una tarjeta de crédito, débito o transferencia bancaria, tal actuación no trae consigo la revocación de la cesación de los efectos del contrato; porque es indispensable que exista una solicitud de rehabilitación y una aceptación por parte de la COMPAÑÍA, ya que sólo a partir de esta aceptación, se perfecciona el contrato y se actualizan los derechos y obligaciones de pago de la prima y riesgos, para tales efectos se deberá observar lo estipulado en la cláusula de Rehabilitación siguiente. Por lo que en caso de no existir una rehabilitación y haber recibido

alguna cantidad por concepto de prima, la COMPAÑÍA procederá a efectuar la devolución del monto que corresponda al método original de pago dentro de los siguientes 30 (treinta) días hábiles.

La prima convenida podrá ser pagada por el CONTRATANTE mediante cargos que efectuará la COMPAÑÍA en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y/o cuentas de fondos de pago electrónico y periodicidad que el CONTRATANTE haya seleccionado. 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.

2.4 REHABILITACIÓN

En caso de que este seguro hubiere cesado en sus efectos únicamente por concepto de falta de pago de las Primas, el CONTRATANTE podrá rehabilitarlo siempre y cuando el período entre el último pago y la solicitud de rehabilitación no exceda de ciento ochenta (180) días naturales y no hubiere terminado la Vigencia original del seguro.

Adicionalmente, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Presentar por escrito a la COMPAÑÍA, una solicitud de rehabilitación en el formato que la misma tiene expresamente para este fin (a ser brindado por la COMPAÑÍA), firmada por el CONTRATANTE;
- b) Comprobar a la COMPAÑÍA que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad en general a la fecha de su solicitud, de acuerdo con lo indicado por las políticas vigentes que la COMPAÑÍA tenga al momento de la solicitud de rehabilitación; y
- c) Cubrir el importe del costo de la rehabilitación que se fije para tal efecto.

El Contrato se considerará rehabilitado, a partir del día en que la COMPAÑÍA comunique por escrito al CONTRATANTE haber aceptado la propuesta correspondiente a través de la emisión del endoso respectivo.

2.5 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

- I. Terminación anticipada de la póliza.
 - a) En caso de que el CONTRATANTE solicite por escrito la cancelación anticipada de su Póliza la COMPAÑÍA devolverá la Prima Neta pagada no devengada (es decir la prima sin impuestos, derechos, recargos y/o gastos de adquisición). La COMPAÑÍA realizará dicha devolución al CONTRATANTE dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación mediante transferencia electrónica de dinero a una cuenta bancaria a nombre del Contratante.
- II. Este Contrato terminará sin obligación posterior para la COMPAÑÍA de acuerdo con lo siguiente:

- a) Término del plazo de Vigencia de todas las Coberturas contratadas y no se hubiere renovado la Póliza.
- b) Cuando el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite la cancelación de la Póliza.
- c) Fallecimiento del ASEGURADO.
- d) Si vence el periodo de gracia y la prima no es cubierta a la COMPAÑÍA.

2.6 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El CONTRATANTE y el ASEGURADO, al formular la propuesta del seguro, están obligados a declarar por escrito a la COMPAÑÍA, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del Contrato.

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

La presente cláusula no será aplicada en el supuesto de que haya transcurrido el periodo de tiempo que menciona la cláusula 2.8 Indisputabilidad.

2.7 FRAUDE, DOLO O MALA FE

Las obligaciones de la COMPAÑÍA quedarán extinguidas:

- **Si el Asegurado o su representante, o ambos, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al siniestro.**
- **Si con igual propósito no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación que acredite o esté relacionada con el procedimiento del siniestro.**
- **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.**

2.8 INDISPUTABILIDAD

Este Contrato será indisputable, por lo que se refiere a las causales de rescisión, desde el momento en que cumpla dos años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de emisión o de su última rehabilitación, entendiéndose por esto que la COMPAÑÍA renuncia a los derechos que conforme a la Ley tendría derivado de las omisiones, falsas o inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que sirvieron de base para la celebración de la Póliza.

Tratándose de incrementos de la Suma Asegurada no programados o de la inclusión de nuevas Coberturas, dicho período correrá a partir de la fecha en que éstos se hayan otorgado.

2.9 EDAD DE ACEPTACIÓN

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

La edad mínima de admisión para todas las Coberturas es 18 años, la edad máxima tanto de contratación como de renovación es de 64 años, de forma que la edad máxima de cobertura será de 64 años.

La edad declarada por el ASEGURADO se deberá comprobar antes o después del fallecimiento del ASEGURADO. En el primer caso, la COMPAÑÍA hará la anotación correspondiente en la Póliza o extenderá al ASEGURADO un comprobante y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro por fallecimiento del ASEGURADO.

Si al hacer la comprobación de la edad del ASEGURADO, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, la COMPAÑÍA, en este caso, rescindiré el Contrato y únicamente devolveré la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del ASEGURADO se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la COMPAÑÍA se atenderá a lo siguiente:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración de la Póliza.
- b) Si la COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si la edad real es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la COMPAÑÍA tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del ASEGURADO, en el momento de la celebración de la Póliza. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Cuando con posterioridad al fallecimiento del ASEGURADO, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente Cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración de la Póliza.

2.10 AVISO DEL SINIESTRO

El ASEGURADO y/o Beneficiario deberán notificar a la COMPAÑÍA de la realización del Siniestro dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo; salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso, el ASEGURADO y/o Beneficiario deberán notificar a la COMPAÑÍA tan pronto como cese dicho caso fortuito o fuerza mayor. Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 66 y Artículo 76 de la Ley.

2.11 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO

El ASEGURADO o Beneficiario deberán comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la COMPAÑÍA tendrá derecho de exigir al ASEGURADO o Beneficiarios toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

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

“Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

Información básica necesaria para reclamación de cualquier cobertura:

1. Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el ASEGURADO, o en su caso cada uno de los Beneficiarios (proporcionado por la COMPAÑÍA).
2. Formato de declaración del médico tratante y copia de identificación para validar la firma del formato.
3. Estado de cuenta bancario del ASEGURADO, o en su caso del Beneficiario (no mayor a tres meses a la fecha de documentar el siniestro).
4. Identificación oficial vigente:
 - i. Credencial para votar
 - ii. Pasaporte
 - iii. Cédula Profesional
 - iv. Cartilla del Servicio Militar Nacional
 - v. Tarjeta Única de Identidad Militar
 - vi. Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - vii. Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
 - viii. Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales

Información adicional necesaria para reclamación de la Cobertura de Gastos Funerarios:

1. Copia certificada del acta de defunción.
2. Identificación oficial vigente del ASEGURADO (si es que se tuviere para efectos de cotejo) y de los Beneficiarios:
 - a) Credencial para votar
 - b) Pasaporte
 - c) Cédula Profesional
 - d) Cartilla del Servicio Militar Nacional
 - e) Tarjeta Única de Identidad Militar
 - f) Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - g) Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
 - h) Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales
3. Certificado Médico de Defunción.
4. En su caso, historia clínica o estudios que respalde el diagnóstico del padecimiento o enfermedad que provocare el fallecimiento del ASEGURADO.
5. En su caso, copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento del ASEGURADO.

Información adicional necesaria para reclamación para Cobertura de Diagnóstico por Diabetes:

1. Original (sellado, firmado y con cédula profesional del firmante) del primer diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, expedido por un médico o un endocrinólogo certificado, con base en los siguientes criterios:
 1. Síntomas de diabetes mellitus más concentración de glucosa al azar ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l).
 2. Glucosa en ayunas (con al menos 8 horas de ayuno) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l).
 3. Nivel de glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa (con carga de glucosa anhidra de 75 g. disuelta en agua)
 4. Hemoglobina glucosilada (HbA1C) $\geq 6.5\%$.

Deben documentarse síntomas de diabetes, al menos 2 de los 4 criterios mencionados previamente y el período de tiempo transcurrido entre las dos pruebas no debe ser mayor a 30 días naturales. Las reclamaciones serán cubiertas una vez que se haya establecido el diagnóstico en los términos mencionados y se haya iniciado tratamiento con medicamentos orales y/o insulina.

2. Estudios realizados al ASEGURADO que respalden el diagnóstico de diabetes.
3. Resultado de hemoglobina glucosilada o documentación que acredite cómo y con qué se está controlando la Diabetes al ASEGURADO.

Información adicional necesaria para reclamación para cobertura de Intervenciones Quirúrgicas:

1. Informe médico que contenga el historial clínico y el diagnóstico específico de la enfermedad(es) o padecimiento(s) motivo de la Intervención Quirúrgica, y que incluya los resultados de los exámenes especializados adicionales que se hayan practicado.
2. Nota quirúrgica de la cirugía (Procedimiento realizado al asegurado durante la cirugía).
3. Resumen clínico con diagnóstico del padecimiento en hoja membretada con sello y firma de la institución.
4. Estudios de laboratorio y gabinete que correspondan al padecimiento o enfermedad motivo de la Cirugía.

2.12 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 reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dicha Cobertura.

La COMPAÑÍA hará el pago de cualquier indemnización, en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

2.13 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, se obliga a pagar al ASEGURADO o Beneficiario 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.

2.14 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Con respecto a la Cobertura Básica por Gastos Funerarios, el ASEGURADO tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. El ASEGURADO deberá notificar el cambio por escrito a la COMPAÑÍA, indicando el nombre y porcentaje de participación del nuevo Beneficiario. La COMPAÑÍA notificará al ASEGURADO de este cambio a través de un Endoso. La COMPAÑÍA pagará el importe del seguro a los últimos Beneficiarios de que haya tenido conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El ASEGURADO podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la COMPAÑÍA y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el Artículo 165 de la Ley.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del ASEGURADO.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del ASEGURADO. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el ASEGURADO mueran simultáneamente.

“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 debe designarse a 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 tendrá 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.”

2.15 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de la Póliza de seguro prescribirán en cinco años para la cobertura de fallecimiento, y en dos años para el resto de las coberturas, 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 la 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.

2.16 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá 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 años contados a partir que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de 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: Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348

Teléfono: (5255) 1103 7000

Correo: consultasyquejas@prudential.com

Horarios de atención: Lunes a viernes de las 8:00 a las 17:00 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

2.17 MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato por parte del CONTRATANTE a la COMPAÑÍA, o de ésta al CONTRATANTE, deberán efectuarse en moneda nacional (pesos mexicanos), conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

2.18 CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato de seguro no estará sujeto a restricción alguna, ya sea en atención al género de vida, residencia, ocupación o viajes del ASEGURADO, excepto por lo previsto por la cláusula de AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

2.19 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo”. **(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

II.- Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el

consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro”. **(Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

Las obligaciones de la COMPAÑÍA quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Con independencia de todo lo anterior, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s) o Asegurado(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la COMPAÑÍA tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La COMPAÑÍA consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad, que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

2.20 IMPUESTO

El impuesto que como consecuencia de la legislación fiscal se derive de este seguro, correrá a cargo del CONTRATANTE y/o ASEGURADO y/o Beneficiario(s) designado(s), según corresponda; la COMPAÑÍA únicamente retendrá aquellas cantidades que en su

caso se establezcan en la legislación fiscal que se encuentre en vigor al momento de efectuar el pago por los diferentes conceptos que se deriven del presente Contrato.

2.21 INTERMEDIACIÓN

Durante la Vigencia de la Póliza, el CONTRATANTE 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. La COMPAÑÍA proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2.22 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL PARA EL CASO DE CELEBRACIÓN DE CONTRATO POR INTERNET O POR CONDUCTO DE PRESTADOR DE SERVICIOS AL QUE SE REFIERE EL ART. 102 Y 103 DE LA LISF

En caso de que la contratación de la presente Póliza se haya llevado a cabo por internet o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y las fracciones I y II del artículo 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de la prima se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria (mismo que se tendrá por efectuado en el momento de la autorización de cargo por parte de la Institución Bancaria), la COMPAÑÍA se obliga a proporcionar al Contratante el número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración y dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro, le entregará al CONTRATANTE la documentación relativa a la Póliza. La entrega se hará a través de cualquiera de los siguientes medios: (i) vía correo electrónico, previo al consentimiento para ello por parte del CONTRATANTE, (ii) en el domicilio proporcionado para los efectos de la contratación mediante envío por medio de una empresa de mensajería o (iii) en su caso, de manera física por conducto del prestador de servicios al momento de la contratación. Lo anterior en el entendido que, para entregas a domicilio, en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente.

La forma en la que se hará constar la entrega de la documentación ya mencionada será como sigue: (i) cuando el envío sea por correo electrónico, la constancia va a ser a través de un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la COMPAÑÍA podrá cerciorarse de que se recibió la Póliza, (ii) cuando sea enviado al domicilio señalado al momento de la contratación o (iii) por conducto del prestador de servicios, la constancia de entrega será el acuse de envío de la empresa de mensajería y el acuse firmado por el CONTRATANTE. En caso de que el CONTRATANTE no reciba la documentación mencionada en esta cláusula, éste podrá acudir directamente a cualquiera de las oficinas de la COMPAÑÍA, cuyos domicilios se indican en la página en internet: <https://www.prudentialseguros.com.mx>, o bien, a través del Centro de Atención a Clientes que se menciona en dicha página de Internet, ello con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia. En caso de que el CONTRATANTE desee dar por terminado el Contrato de Seguro deberá sujetarse a lo establecido en la cláusula de las presentes Condiciones denominada "Terminación de la Póliza".

Aunque originalmente se haya solicitado el envío a través de un medio diferente de entrega, durante la Vigencia, el CONTRATANTE podrá en cualquier momento solicitar que se le entregue la documentación de esta Póliza por correo electrónico, previo consentimiento para tales efectos.

2.23 CONTRATACIÓN DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO tiene(n) la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la COMPAÑÍA. La utilización de los medios electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones de su uso. Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet la COMPAÑÍA: www.prudentialseguros.com.mx.

2.24 ARBITRAJE

En caso de desacuerdo entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA acerca de la preexistencia de la enfermedad y/o padecimiento, el Asegurado podrá optar por someter la cuestión al dictamen de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días cubiertos contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia. Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciera cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren. El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (la autoridad judicial, las partes, los peritos o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo substituya.

El laudo que se emita vinculara a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la COMPAÑÍA.

ML

3 COBERTURAS

Siempre que la Póliza y la Cobertura se encuentren vigentes en la fecha de ocurrencia del Siniestro, la COMPAÑÍA pagará las indemnizaciones que resulten procedentes, a los Beneficiarios designados, respecto a la Cobertura de Gastos Funerarios, y al propio Asegurado, respecto a las Coberturas por Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 e Intervenciones Quirúrgicas (sólo si estas dos últimas se hubieren contratado bajo convenio expreso y aparezcan en la carátula de la Póliza), de acuerdo con lo que se señala en la Carátula de la Póliza y con base en lo siguiente:

3.1 COBERTURA BÁSICA POR GASTOS FUNERARIOS

Al fallecimiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada para esta Cobertura en una sola exhibición, siempre y cuando ocurra durante el plazo de esta Cobertura, señalado en la Carátula de la Póliza.

Al ocurrir el fallecimiento del ASEGURADO y una vez pagada la indemnización correspondiente, se cancelan todos los derechos derivados de esta Póliza y la COMPAÑÍA queda liberada de todas las obligaciones derivadas de esta Cobertura.

3.2 COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL POR DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Pago de Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura opcional, al ocurrir el primer diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 por un médico o un endocrinólogo certificado, una vez que se documenten síntomas de diabetes y al menos 2 de los 4 criterios mencionados a continuación, y el período de tiempo transcurrido entre las dos pruebas no sea mayor a 30 días naturales. Las reclamaciones serán cubiertas una vez que se haya establecido el diagnóstico en los términos mencionados y se haya iniciado tratamiento con medicamentos orales y/o insulina.

1. Síntomas de diabetes mellitus más concentración de glucosa al azar ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l)
2. Glucosa en ayunas (con al menos 8 horas de ayuno) ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l).
3. Nivel de glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa (con carga de glucosa anhidra de 75 g. disuelta en agua)
4. Hemoglobina glucosilada (HbA1C) $\geq 6.5\%$

Esta cobertura será efectiva una vez que haya transcurrido un Periodo de Carencia de 120 días (en caso de renovaciones automáticas y no haya sido indemnizada no aplicará el periodo de carencia).

Una vez realizada la indemnización de esta cobertura por diagnostico por diabetes se cancelará, continuando las demás coberturas contratadas. Sin embargo, no se permitirá la renovación de la póliza al siguiente año.

3.3 COBERTURA OPCIONAL TEMPORAL INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

La COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura opcional, a la primer intervención quirúrgica realizada al ASEGURADO, de las que aparecen en la siguiente lista, y **será efectiva una vez que**

haya transcurrido un Periodo de Carencia de 120 días (en caso de renovaciones automáticas y no haya sido indemnizada no aplicará el periodo de carencia):

Procedimiento	Descripción
1. Cirugía del apéndice	Extirpación del apéndice (no incidental en otro procedimiento quirúrgico)
2. Herniorrafia	Reparación de hernia inguinal o femoral (crural)
3. Histerectomía abdominal o vaginal	Extirpación del útero a través de una incisión abdominal, vaginal o perineal
4. Cirugía de ovario	Cirugía abierta de los ovarios y estructuras relacionadas. La escisión simple quistes ováricos se encuentra excluida al igual que los procedimientos endoscópicos
5. Cirugía para colocación de marcapasos, desfibriladores o resincronizadores cardiacos	Inserción de marcapasos, desfibriladores o re sincronizadores cardiacos. (excluye revisiones, sustituciones y reemplazos)
6. Cirugía tiroidea y/o paratiroidea	Resección de tiroides o paratiroides (excluye biopsias)

Una vez indemnizada una intervención quirúrgica se cancelará dicha cobertura opcional debido a que solo se cubre un evento, continuando con las demás coberturas contratadas. Sin embargo, no se permitirá la renovación al siguiente año para la póliza.

4 RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Esta Póliza tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración si no existiera comunicado de cualquiera de las partes dentro de los últimos treinta (30) días naturales de vigencia de la Póliza. La renovación automática solo se realizará en caso de que a la fecha de renovación exista el mismo plan, así como los mismos términos y condiciones en los que se contrató el seguro originalmente, solo ajustando la prima acorde a la edad del asegurado a la fecha de renovación.

PRUDENTIAL SEGUROS MÉXICO, S.A. DE C.V.

Av. Santa Fe N° 428, piso 7 | DownTown Torre II | Col. Santa Fe Cuajimalpa | 05348 | México, CDMX
Tel.: (55) 1103-7000 | Fax: (55) 1103-7013

En caso de que el plan contratado originalmente ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará al Contratante con treinta (30) días de anticipación, las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior, pudiendo existir algunos cambios en la renovación como incrementos en las primas, sumas aseguradas y otras características. El Contratante podrá rechazar la renovación del seguro bajo los nuevos términos y condiciones, en cuyo caso lo deberá hacer saber a la Aseguradora dentro del referido plazo de treinta (30) días previos a la renovación respectiva. En caso de que la Aseguradora no reciba por parte del Contratante solicitud de no renovación, la Póliza será renovada según los nuevos términos y condiciones.

La Compañía se obliga a:

- Dar aviso por escrito al Contratante dentro de los treinta (30) días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará dicha renovación (solo si hay cambio de plan).
- Renovar otorgando una nueva Póliza por el periodo contratado de acuerdo con los planes que se encuentren vigentes, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.

La renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- b) Los Periodos de Carencia no podrán ser modificados en perjuicio del ASEGURADO, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del ASEGURADO.

En caso de que, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO solicite un incremento de Suma Asegurada, éste deberá ser aprobado por la COMPAÑÍA y se deberán cumplir los requisitos de asegurabilidad vigentes.

En caso de mismo plan, las Primas se calcularán según la edad alcanzada por el ASEGURADO al inicio de cada renovación, la Suma Asegurada correspondiente y las tarifas vigentes al momento de la renovación.

5 ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

6 EXCLUSIONES

6.1 Gastos Funerarios

SIN EXCLUSIONES

6.2 Diabetes mellitus tipo 2

No se cubrirá el beneficio del primer diagnóstico de diabetes mellitus bajo este plan si al ASEGURADO se le diagnostica:

- diabetes gestacional o cualquier grado de intolerancia a la glucosa que haya iniciado o haya sido reconocido durante el embarazo.
- diabetes mellitus secundaria a pancreatitis alcohólica.
- diabetes mellitus causada por el uso de esteroides.
- diabetes mellitus tipo 1.
- diabetes mellitus cuyos signos o síntomas se manifiesten o que sea diagnosticada dentro de los 120 días posteriores a la fecha de contratación.

6.3 Intervenciones Quirúrgicas

- Cualquier intervención quirúrgica no incluida en la cláusula 3.3.
- Intervenciones quirúrgicas practicadas para el tratamiento de condiciones o enfermedades preexistentes o anomalías congénitas.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos dentales, maxilofaciales u oculares.
- Intervenciones quirúrgicas de carácter preventivo o profiláctico.
- Cualquier procedimiento invasivo o intervención quirúrgica que se lleve a cabo con fines diagnósticos (por ejemplo; biopsias) y que no se practique como tratamiento específico de alguna enfermedad o padecimiento.
- Procedimientos invasivos o intervenciones quirúrgicas relacionadas con el embarazo o puerperio, con el tratamiento de la infertilidad o con el control de la natalidad.
- Intervenciones quirúrgicas o implante de prótesis con fines cosméticos o cirugías para el control de peso.
- Intervenciones quirúrgicas que se originen por culpa grave del ASEGURADO a consecuencia de alcoholismo, toxicomanías y/o drogadicción. Se considera intoxicación etílica una cantidad de alcohol en sangre mayor a 0.8 g/l, o de alcohol en aire espirado mayor a 0.4 mg/l. En todos los casos se deberá presentar examen de sangre que corrobore o descarte la intoxicación.
- Intervenciones quirúrgicas relacionadas con accidentes que sufra el ASEGURADO como una consecuencia inmediata de la

disminución de sus capacidades físicas y/o mentales por consumo de drogas sin prescripción médica, quedando liberada la COMPAÑÍA en casos de culpa grave del ASEGURADO.

- Intervenciones quirúrgicas que resulten de enfermedades, lesiones o accidentes resultantes de intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental, quedando liberada la COMPAÑÍA en casos de culpa grave del asegurado.

- Intervenciones quirúrgicas que resulten de enfermedades, lesiones o padecimientos relacionados con actos delictivos intencionales cometidos por el ASEGURADO, o las que se deriven de riñas en las que éste haya participado directamente como provocador.

- Intervenciones quirúrgicas relacionadas con enfermedades, lesiones o padecimientos de cualquier clase que el ASEGURADO sufra durante el servicio militar, actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión, o durante la participación voluntaria en huelgas o alborotos populares.

- Intervenciones quirúrgicas por lesiones o padecimientos que se originen a causa del servicio militar activo o de la participación en corporaciones de seguridad o vigilancia.

- Intervenciones quirúrgicas relacionadas con el tratamiento del sida.

- Intervenciones o procedimientos que se realicen durante el periodo de carencia de 120 días.

7. CATÁLOGO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (DEFINICIONES Y CÓDIGOS ICD-9 CM)

Intervención Quirúrgica	Descripción	Códigos ICD-9 CM
Cirugía del apéndice	Extirpación del apéndice (no incidental en otro procedimiento quirúrgico)	47.01, 47.09, 47.2, 47.91, 47.92, 47.99
Herniorrafía	Reparación de hernia inguinal o femoral (crural)	17.11-17.13, 17.21-17.24, 53.00 - 53.05, 53.10-53.17, 53.21, 53.29, 53.31, 53.39, 53.41-53.43, 53.49
Histerectomía abdominal o vaginal	Extirpación del útero a través de una incisión abdominal, vaginal o perineal	68.3, 68.39, 68.49, 68.61, 68.69, 68.51, 68.59, 68.71, 68.79

Cirugía de ovario	Cirugía abierta de los ovarios y estructuras relacionadas. La escisión simple quistes ováricos se encuentra excluida al igual que los procedimientos endoscópicos	65.09, 65.21, 65.22, 65.29, 65.39, 65.49, 65.51, 65.52, 65.61, 65.73, 65.79, 65.89, 65.92, 65.95
Cirugía para colocación de marcapasos, desfibriladores o re sincronizadores cardiacos	Inserción inicial de marcapasos, desfibriladores o re sincronizadores cardiacos. (excluye revisiones, sustituciones y reemplazos)	00.50-00.54, 17.51, 37.70-37.74, 37-80-37.83, 37.94
Cirugía tiroidea y/o paratiroidea	Resección de tiroides o paratiroides (excluye biopsias)	06.09, 06.2, 06.31, 06.39, 06.4, 06.50-06.52, 06.6, 06.81, 06.89, 06.91-06.95, 06.98, 06.99

Aviso de privacidad corto

Los Datos Personales que nos proporcione serán tratados por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Santa Fe 428, piso 7, DownTown Torre II, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Ciudad de México, C.P. 05348, con la finalidad primaria y necesaria de contactarle y/o dar seguimiento a sus solicitudes respecto de los productos, servicios y/o actividad comercial de Prudential. Para conocer nuestros Avisos de Privacidad integrales visite <https://www.prudentialseguros.com.mx>.

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

Liga a Cita de Preceptos Legales.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 19 de enero de 2022 con el número CNSF-S0106-0410-2021/CONDUSEF-004719-04”.