

## CONDICIONES ESPECÍFICAS DE LA COBERTURA ADICIONAL PAGO DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN

“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 23 de septiembre del 2020, con el número BADI-S0106-0036-2020”

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, con número G-01213-002 de fecha 23 de septiembre de 2020.

**INDICE**

<b>CONCEPTO</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1 DEFINICIONES.....</b>	<b>1</b>
1.1 BENEFICIARIO.....	1
1.2 HOSPITAL O SANATORIO.....	1
1.3 HOSPITALIZACIÓN.....	1
1.4 PERIODO DE ESPERA.....	1
1.5 PADECIMIENTO PREEXISTENTE.....	1
<b>2 CLÁUSULAS ESPECÍFICAS.....</b>	<b>2</b>
2.1 EDAD DE ACEPTACIÓN.....	2
2.2 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.....	2
<b>3 COBERTURAS.....</b>	<b>3</b>
3.1 COBERTURA TEMPORAL PARA HOSPITALIZACIÓN.....	3
3.2 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMA POR INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE.....	4
<b>4. PERIODO DE ESPERA.....</b>	<b>4</b>
<b>6. CANCELACIÓN DE LA COBERTURA.....</b>	<b>5</b>
<b>7 EXCLUSIONES.....</b>	<b>5</b>

Las presentes condiciones corresponden a un beneficio adicional de los seguros de vida individual ofrecidos por Prudential Seguros México, S.A. de C.V., designada en adelante como "La Compañía". Derivado de lo anterior, en la presente documentación se incluyen únicamente las condiciones particulares del beneficio adicional para la Cobertura Temporal para Hospitalización, mismas que serán impresas en conjunto con las condiciones generales de la Cobertura Básica a la que se le incluya este beneficio adicional. Lo anterior, en el entendido que las condiciones de la Cobertura Básica no serán modificadas.

## **1 DEFINICIONES**

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

### **1.1 BENEFICIARIO**

Para este beneficio adicional, el Asegurado será el Beneficiario, es decir, quien recibirá la indemnización por el beneficio contratado.

En caso de fallecimiento durante la hospitalización, la suma asegurada de esta cobertura se pagará a los beneficiarios designados para la cobertura básica de fallecimiento.

### **1.2 HOSPITAL O SANATORIO**

Institución legalmente autorizada por la Secretaría de Salud para el diagnóstico, la atención médica y quirúrgica de personas lesionadas o enfermas, que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras titulados, las 24 horas del día. No se incluye ninguna institución de descanso o convalecencia, un lugar de cuidado o una instalación para adultos mayores, alcohólicos o drogadictos o para el tratamiento de desórdenes psiquiátricos o mentales, o bien un asilo, inclusive si se registra como un Hospital o Sanatorio.

### **1.3 HOSPITALIZACIÓN**

Supone el registro de entrada del paciente y la ocupación de una cama en el hospital durante un mínimo de 24 horas. Para efectos de este beneficio, se entenderá como Hospitalización una estadía mínima de 2 noches.

### **1.4 PERIODO DE ESPERA**

Se define como el período inmediato posterior al inicio de la vigencia de la Cobertura que debe transcurrir para que ésta surta sus efectos.

### **1.5 PADECIMIENTO PREEXISTENTE**

Son aquellos padecimientos:

- a) Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, o, que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde 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.

Cuando la Institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un Diagnóstico de la enfermedad o padecimiento 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.

- b) Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

## **2 CLÁUSULAS ESPECÍFICAS**

### **2.1 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.

Los límites de Edad para la admisión y renovación de la Cobertura son los siguientes y se muestran en la Carátula de la Póliza:

La edad mínima de contratación para la Cobertura es de 12 años.

La edad máxima de contratación para la Cobertura es de 70 años.

La edad máxima de renovación para la las Cobertura es de 75 años.

### **2.2 COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO**

El Asegurado o un representante debidamente acreditado del mismo 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 un representante debidamente acreditado del mismo toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Se entenderá como representante debidamente acreditado alguna de las siguientes personas:

- a) La indicada en el cuestionario de la cobertura adicional, o;
- b) El cónyuge, o;
- c) Un pariente por consanguinidad en línea recta o colateral hasta el segundo grado.

### **Información necesaria en caso de Hospitalización**

La evidencia sobre las Hospitalizaciones amparadas bajo esta Cobertura deberá estar sustentada por:

- a) Formato de reclamo denominado "Declaración de Asegurado para trámite de Siniestro" firmado por el Asegurado o un representante debidamente acreditado del mismo.
- b) Identificación personal del Asegurado.
- c) Historial clínico con el nombre completo del paciente elaborada por el médico tratante, indicando el número de cédula profesional y, en dado caso, el de la especialidad correspondiente debidamente firmado por éste. En caso de no contar con dicho documento se podrá entregar el formato del médico tratante indicando de igual forma el número de cédula profesional y deberá contar con la firma de éste.
- d) En caso de atenderse en Hospital privado: copia de la factura hospitalaria donde se atendió el asegurado donde se cite la fecha de ingreso, la fecha de egreso y nombre del paciente.

- e) En caso de ser atendido en cualquier otra institución de seguridad social: se solicitará el Formato (Hoja de referencia y contra referencia) emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social o el formato correspondiente a otra institución de seguridad social y elaborado por el Médico tratante, donde se cite la fecha de ingreso, la fecha de egreso y nombre del paciente.
- f) Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de examinar al asegurado con el médico que ésta designe, y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado.
- g) Comprobante de domicilio.

En caso de proceder el reclamo, la Compañía cubrirá lo correspondiente en los términos de estas condiciones y de las correspondientes al contrato de seguro al que se adhiere este beneficio.

### **3 COBERTURAS**

Siempre que la Póliza y la Cobertura se encuentren vigentes en la fecha de ocurrencia del Siniestro, la Compañía pagará al beneficiario, los beneficios de la cobertura precedente, de acuerdo con lo que se señala en la Carátula de la Póliza y con base en lo siguiente:

#### **3.1 COBERTURA TEMPORAL PARA HOSPITALIZACIÓN**

La Compañía pagará al Asegurado en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura establecida en la Carátula de la Póliza, la cual no será mayor a la suma asegurada de la cobertura básica, por cada una de las noches en que el Asegurado se encuentre hospitalizado, siempre y cuando dicha Hospitalización sea a consecuencia directa de una enfermedad diagnosticada o un accidente ocurrido durante el plazo de esta Cobertura señalado en la Carátula de la Póliza.

La Compañía limitará el pago del beneficio hasta treinta (30) noches por evento y el número de eventos estará limitado a uno (1) por cada año dentro de la vigencia de la Cobertura.

El beneficio contratado se pagará al Beneficiario siempre y cuando el Asegurado tenga una estancia continua y mayor a dos (2) noches como paciente interno en un Hospital o Sanatorio. La Suma Asegurada que pagará la Compañía incluirá la primera y segunda noche de hospitalización como parte de la indemnización.

En caso de que el Asegurado sea hospitalizado a consecuencia de la misma enfermedad o Accidente que dio lugar a una Hospitalización previamente cubierta, y siempre y cuando dicha Hospitalización ocurra durante los noventa (90) días posteriores a la anterior, será considerada como continuación de la misma y será elegible para el pago de Suma Asegurada contratada desde la primera noche considerándose como un solo evento.

La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, especificada en la Carátula de la Póliza por cada una de las noches que el Asegurado se encuentre internado, aun cuando estas noches sean en la Unidad de Cuidados intensivos durante la Hospitalización; por lo que no se modifica el monto a recibir independientemente del tipo de hospitalización, salvo lo previsto en el apartado de exclusiones.

**El Asegurado deberá realizar el reclamo por escrito a la Compañía dentro de los cinco (5) días posteriores a la Hospitalización, salvo caso fortuito o causa de fuerza mayor, debiendo realizar la reclamación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.**

Si al finalizar el plazo de vigencia de esta Cobertura, el Asegurado no ha sido sometido a alguna Hospitalización cubierta, la protección por esta Cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

El pago de la indemnización se realizará en pesos mexicanos considerando el tipo de cambio a la fecha del pago conforme a la moneda indicada en la Carátula de la Póliza.

### **3.2 EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE**

Si el Asegurado sufre un estado de Invalidez Parcial y Permanente conforme se define en las condiciones generales de la cobertura Básica a la que se adhiere este beneficio, durante el plazo de esta Cobertura y de conformidad con las condiciones generales de la Cobertura Básica y hasta el aniversario de la Cobertura inmediato posterior a que el Asegurado cumpla 65 años, lo que ocurra primero, la Compañía eximirá del pago de Primas correspondiente a esta Cobertura al Contratante.

La exención de pago de Primas aplicará desde la fecha de pago inmediata posterior a que la Invalidez Parcial y Permanente haya sido dictaminada, hasta la fecha de término de pago de Primas de esta Cobertura. La Cobertura quedará vigente y el Asegurado gozará de los mismos beneficios que esta Cobertura le otorga.

### **4. PERIODO DE ESPERA**

No serán cubiertas aquellas Hospitalizaciones que se hayan verificado o sean para tratar enfermedades diagnosticadas durante los primeros treinta (30) días posteriores a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación de la presente Cobertura, salvo que hayan sido originadas por un accidente.

Se establece un periodo de espera de 12 meses para los siguientes padecimientos:

- Padecimientos de columna vertebral.
- Padecimientos de glándulas mamarias.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Amigdalitis y adenoiditis.
- Hernias y eventraciones.
- Nariz o senos paranasales.

El Periodo de Espera únicamente aplica para la vigencia inicial o la rehabilitación y no para renovaciones subsecuentes.

**No se cubren padecimientos preexistentes o a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridas antes del inicio de la vigencia.**

### **5. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA**

Una vez vencido el periodo inicial de cobertura marcado en la Carátula de la Póliza el cual es de cinco (5) años, esta Cobertura se renovará automáticamente, por periodos sucesivos de igual duración al periodo inicial, salvo notificación en contrario del Contratante y/o Asegurado,

comunicada con una anticipación no menor a los 30 (treinta) días de la fecha de vencimiento de la misma.

La renovación automática estará sujeta a las siguientes condiciones:

1. Si la Suma Asegurada al inicio de cada renovación coincide con la vigente en el periodo anterior no se deberán cubrir nuevos requisitos de asegurabilidad. 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.
2. 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.
3. En cada renovación automática, la Compañía hará constar mediante Endoso la Suma Asegurada, fecha de Inicio de Vigencia de la renovación, plazo de la Cobertura, plazo de pago de Primas, así como la Prima correspondiente.

La renovación automática se otorgará, siempre y cuando al momento de dicha renovación, se cumplan los siguientes requisitos:

1. La edad alcanzada del Asegurado no rebase la edad máxima de renovación de la Cobertura;
2. El plazo de esta Cobertura a renovar no deberá de ser mayor al plazo que falte de la Cobertura Básica;
3. El Asegurado no haya sufrido un estado de Invalidez Parcial y Permanente;
4. El Asegurado no haya sufrido un estado de Invalidez Total y Permanente;
5. El Contratante haya pagado la totalidad de las primas correspondientes a la vigencia previa a la renovación, conforme al plazo de pago de primas indicado en la caratula de la póliza.

## **6. CANCELACIÓN DE LA COBERTURA**

Se dará por cancelada esta Cobertura y todos los derechos derivados de ésta, en cualquiera de los siguientes casos:

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado;
- Al final de la siguiente vigencia, en que el Asegurado haya cumplido la edad máxima de renovación;
- Cuando el Contratante y/o Asegurado solicite la cancelación por escrito a la Compañía con 30 días de anticipación al aniversario de esta Cobertura.

## **7 EXCLUSIONES**

**Ningún beneficio será pagadero en relación a esta Cobertura si la hospitalización del Asegurado es resultado de:**

- **Convalecencia domiciliaria, convalecencia en asilos, casa de convalecencia o retiro.**
- **Parto natural, operación cesárea, legrado o aborto y cualquier complicación durante o después del embarazo y a consecuencia de éste.**
- **Padecimientos preexistentes.**

- **Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético, tratamiento de fertilidad, para perder o ganar peso, excepto a consecuencia de un accidente.**
- **Cirugías refractivas de ojos.**
- **Estancia en hospitales si no es médicamente necesario para la recuperación de la salud del paciente.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas sin indicación médica.**
- **Intervenciones quirúrgicas con el propósito de donar algún órgano.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas que se realicen con el fin de corregir daños congénitos.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes o esclerosis múltiple.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas realizadas con el propósito de investigación o examinación.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la omisión en la búsqueda de atención oportuna o en el seguimiento de recomendaciones médicas.**
- **Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio por más de 13 semanas consecutivas).**
- **Guerra u hostilidades (sea o no Guerra declarada).**
- **Guerra civil, insurrección, revolución, inestabilidad civil, manifestaciones o motín.**
- **Participación en cualquier fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.**
- **Actos provocados por el Asegurado o que él mismo realice como sujeto activo de forma independiente o representando a o en relación a un grupo u organismo, para influir en cualquier grupo, corporación o gobierno, por medio de la fuerza, a través de terrorismo, secuestro o intento de secuestro, ataque, asalto o cualquier medio violento.**
- **Cualquier intervención quirúrgica debido a un acto intencional o auto-inflingido, 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 calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.**
- **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.**
- **Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de participación deliberada del Asegurado en cualquier acto ilegal o criminal.**



- **Actos ilegales por el beneficiario de la póliza que den lugar a la necesidad del procedimiento quirúrgico del Asegurado.**
- **Padecimientos resultantes de la práctica de motociclismo, box, lucha libre o greco romana, charrería tauromaquia, cacería, alpinismo, espeleología, deportes hípicos y de buceo, clavados, salto en bungee o cualquier actividad o deporte peligroso que se practique de manera amateur y/o ocasional.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- **Vuelo en cualquier aeronave perteneciente a línea no regular (incluyendo planeadores, globo aerostático y paracaídas).**

“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 23 de septiembre del 2020, con el numero BADI-S0106-0036-2020”

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) ante CONDUSEF, con número G-01213-002 de fecha 23 de septiembre de 2020.