

SEGUROS



CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE CÁNCER INDIVIDUAL



AVISO DE PRIVACIDAD

“En cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), Seguros SURA, S.A. de C.V. (antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V.) también conocida como Seguros SURA, con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01060., en la Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Seguros SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

Si Usted es nuestro Cliente, Proponente o Solicitante, Contratante, Asegurado, Beneficiario, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, preferencia sexual, características personales y características físicas serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude y/o de operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente.

Si Usted es nuestro Candidato o Empleado, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, características personales, y físicas serán tratados para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales, y para el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales.

Si Usted es nuestro Agente de Seguros, Promotor, Proveedor o Prestador de bienes y/o servicios, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a fotografías, identificación oficial, serán tratados para todos los fines vinculados con la relación jurídica contractual que tengamos celebrada con Usted.

Si Usted es nuestro visitante, sus datos personales de identificación para su registro, y de características físicas que recabemos por medio de videograbaciones, serán tratados para permitirle el acceso a nuestras instalaciones.

Por otra parte, en cualquiera de los supuestos anteriores, le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, y en el caso de recursos humanos para la bolsa de trabajo con otras empresas. Si Usted no desea recibir alguno de los ofrecimientos descritos en este párrafo, puede manifestar su negativa de la siguiente forma:

- a) Si proporciona sus datos en forma personal, siga los mecanismos y llenado del formato que se le proporcionará en el momento en el que haya recibido el presente aviso de privacidad.
- b) Si proporciona sus datos en forma directa, es decir a través de medios electrónicos, ópticos o sonoros, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx.
- c) Si proporciona sus datos en forma indirecta, es decir de un tercero calificado, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx.

También hacemos de su conocimiento que sus datos podrán ser Transferidos a:

- 1. Terceros nacionales o extranjeros, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de Leyes a las que Seguros SURA está sujeta como Institución de Seguros.
- 2. Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
- 3. Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.
- 4. A Instituciones, Organizaciones o Entidades del Sector Asegurador para fines de selección de riesgos.

De existir transferencias diferentes a las mencionadas en el apartado anterior y que requieran su consentimiento expreso, se lo informaremos.

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO, (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición), de Revocación del consentimiento y limitación de uso de sus datos, mediante solicitud escrita a la dirección electrónica oc.protecdatos@segurossura.com.mx o bien directamente en nuestro domicilio en el Departamento de Protección de Datos Personales. Lo anterior está sujeto a que el ejercicio de dichos derechos no obstaculice el cumplimiento de alguna Ley vigente o mandato judicial así como para dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre Usted y Seguros SURA.

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico.

Cookies en nuestra página de Internet

Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarte el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las Cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

Por favor, tome en cuenta que los mensajes enviados electrónicamente pueden ser manipulados o interceptados, por lo tanto Seguros SURA no se hace responsable si los mensajes llegan incompletos, retrasados, son eliminados o contienen algún programa malicioso(virus informático).

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso de Privacidad y sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactarnos en el Departamento de Datos Personales que se ubica en nuestro domicilio.

El presente Aviso de Privacidad, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurossura.com.mx y colocados en nuestras oficinas y sucursales.

Fecha de última modificación: Septiembre 2016

Apreciable Cliente:

En Seguros SURA estamos comprometidos en brindarle el mejor servicio esperando con esto cumplir con sus expectativas de calidad y satisfacción, ya que lo más importante para nosotros es su tranquilidad.

Es un placer tenerlo como cliente y nos complace informarle que usted esta respaldado con 72 años de experiencia en el mercado asegurador, por lo tanto puede sentirse tranquilo y confiado de que siempre le brindaremos la mejor protección.

Nuestra amplia experiencia en el mercado nos permite ofrecer un servicio de calidad, garantizándole el mejor respaldo para hacer frente a los momentos más difíciles.

Ponemos a su disposición seguros de:

- **Empresa**
- **Auto**
- **Transporte**
- **Construcción**
- **Hogar**
- **PyME**
- **Responsabilidad Civil**
- **Vida**
- **Accidentes Personales**
- **Gastos Funerarios**
- **Programa Escolar**
- **Agrícola**

Lo invitamos a que conozca sus Condiciones Generales para saber más a detalle todos los beneficios con los que cuenta a partir de este momento.

Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros, para dudas o comentarios, contacte a su Agente de Seguros quien con gusto lo atenderá o llámenos al **800 00 83 693**.

Protege en un solo lugar lo más valioso de tu vida.

Atentamente
Seguros SURA

AVISO IMPORTANTE

El Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, determina que si la Prima o la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades, no ha sido pagada dentro de los 30 días naturales posteriores a la iniciación de la vigencia, los efectos del Contrato cesarán automáticamente.

La fecha de pago, es aquella en la que el Asegurado, entera el importe de la Prima, bien a la Compañía o a los conductos de recepción de pago autorizados por esta.

Gracias por su pago oportuno.

Seguros SURA, S. A. de C. V.

CONTENIDO	Pag.	CONTENIDO	Pag.
Definiciones	8	Indemnización Diaria por Hospitalización	
Condiciones generales	12	a Causa de Cáncer Femenino	49
Exclusiones Generales	24	Exclusiones Específicas	51
Descripción de Coberturas	25	Indemnización Diaria por Hospitalización	
Exclusiones Específicas	26	a Causa de Cáncer Masculino	52
Indemnización por Fallecimiento a Causa de Cáncer Femenino	27	Exclusiones Específicas	53
Exclusiones Específicas	28	Indemnización Diaria por Estancia en Unidad de Terapia Intensiva a Causa de Cáncer	55
Indemnización por Fallecimiento a Causa de Cáncer Masculino	29	Exclusiones Específicas	56
Exclusiones Específicas	31	Indemnización Diaria por Estancia en Unidad de Terapia Intensiva a Causa de Cáncer Femenino	57
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer	32	Exclusiones Específicas	58
Exclusiones Específicas	33	Indemnización Diaria por Estancia en Unidad de Terapia Intensiva a Causa de Cáncer Masculino	59
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Femenino	34	Exclusiones Específicas	61
Exclusiones Específicas	35	Uso de medios electrónicos	62
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Masculino	36	Agravación del riesgo	64
Exclusiones Específicas	37		
Indemnización Mensual por Diagnóstico de Cáncer	38		
Exclusiones Específicas	39		
Indemnización Mensual por Diagnóstico de Cáncer Femenino	41	Seguros SURA, S.A. de C.V. (que en lo sucesivo se denominará la Compañía), de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales contenidas en esta Póliza, y en consideración a las declaraciones hechas por el Contratante y/o Solicitante de este Seguro (que en lo sucesivo se denominará el Asegurado), y que constituyen las bases de este Contrato, otorga a la persona física o moral que se señala en la Carátula de esta Póliza y que forma parte de la misma, cobertura contra los riesgos que a continuación se expresan, siempre que en la carátula de la Póliza aparezcan como amparados.	
Exclusiones Específicas	42		
Indemnización Mensual por Diagnóstico de Cáncer Masculino	43		
Exclusiones Específicas	45		
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de Cáncer	46		
Exclusiones Específicas	48		

DEFINICIONES GENERALES

Para efectos de la presente póliza, se convienen como definiciones las siguientes:

Cáncer

Enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis) caracterizado por el crecimiento incontrolable, anormal y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios confirmado histopatológicamente, incluyendo la enfermedad de Hodgkin, sarcomas o leucemia. Su diagnóstico debe ser confirmado con un reporte patológico.

Se excluye de la definición, el carcinoma "in situ" y los cánceres no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por Virus, aquéllos tipificados como limitrofes o "border line" y cualquier Cáncer de Piel diferente del Melanoma Maligno, así como leucemia linfática crónica y cáncer premaligno.

Cáncer Femenino

Se considerará Cáncer Femenino, si a la Asegurada se le diagnostica cáncer originado en las glándulas mamarias, o bien, su origen se encuentre en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina, Útero o Cervix. Cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición. Su diagnóstico debe ser confirmado con un reporte patológico. Se excluye de la definición, el carcinoma "in situ" y los cánceres no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por Virus, aquéllos tipificados como limitrofes o "border line" así como cáncer premaligno.

Cáncer Masculino

Se considerará Cáncer Masculino, si al Asegurado de sexo masculino se le diagnostica cáncer, cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos. Cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición. Su diagnóstico debe ser confirmado con un reporte patológico.

Se excluye de la definición, el carcinoma "in situ" y los cánceres no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por Virus, aquéllos tipificados como limitrofes o "border line" así como cáncer premaligno.

Cáncer In-situ

Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal.

Condiciones médicas preexistentes

Son aquellos padecimientos y/o Enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del contrato:

- a) Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, 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.
- b) El asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando 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 solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Convalecencia

Es el período en que el Asegurado debe permanecer constantemente recluido en su domicilio, por prescripción de un Médico, con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su mejor restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.

Día

Período de 24 horas consecutivas

Diagnóstico de Cáncer

Debe basarse únicamente sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica estructurada y el comportamiento de la que se sospecha, pueda ser un tumor, tejido o una muestra. Un diagnóstico clínico deberá respaldarse con un estudio histopatológico.

Edad

La edad cronológica que tiene un Asegurado en una fecha determinada.

Enfermedad

Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico diagnosticado por un médico legalmente autorizado.

Se considerarán dentro de un mismo evento de cáncer cubierto, todas aquellas alteraciones, recaídas o recurrencias, complicaciones y secuela que se deriven del tratamiento médico o quirúrgico de dicho padecimiento.

Estudio Histopatológico

Son los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico y que para ser aceptados bajo los términos de esta póliza deberán fecharse y encontrarse debidamente firmadas por un médico autorizado para ejercer la especialidad de Anatomía Patológica. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos.

Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos y que opera bajo la supervisión constante de un Médico acreditado como tal.

Hospitalización

Internamiento del Asegurado en un Hospital, derivado únicamente de enfermedad cubierta por la póliza, bajo el cuidado y atención de un Médico, con un período mínimo de 24 horas continuas.

Indemnización Diaria

Monto pagadero al asegurado por cada día de Hospitalización

Lugar de residencia

Lugar donde el asegurado radica permanentemente, domicilio habitual. Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

Médico

Persona calificada que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

Oncólogo

Médico especializado en oncología, legalmente certificado para ejercer dicha área.

Ocupación

Actividad desempeñada por el Asegurado y de la cual percibe un salario de manera periódica.

Periodo de Espera

Tiempo comprendido entre el inicio de vigencia de la póliza y el momento en que entra en vigor una cobertura

Período al descubierto

Es el periodo de tiempo comprendido entre el vencimiento del periodo de gracia y la fecha indicada por la Compañía como rehabilitación de la póliza. En ningún caso, la Compañía responderá por padecimientos o sus complicaciones, iniciados u ocurridos durante este periodo.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye; el SIDA incluirá el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH y "ARC" (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).

Unidad de Terapia Intensiva

Sala de un Hospital que funciona las 24 horas y que se destina a la atención de pacientes gravemente enfermos, mediante servicios médicos especiales y equipo no disponibles en una sala común de recuperación, post-operatoria u otras salas de cuidados no intensivos. Debe cumplir con las especificaciones y mobiliario descrito en la Norma Oficial Mexicana NOM - 197 - SSA1 - 2000. Para efectos de este contrato, la Terapia Intermedia no se considerará como un equivalente.

CONDICIONES GENERALES

1. Contrato de Seguro

Este contrato de seguro ampara las coberturas que se señalen como expresamente contratadas o amparadas en la carátula de la póliza.

Para todos los efectos a que haya lugar, el contrato de seguro se integrará por las declaraciones del Asegurado proporcionadas a la Compañía, por la solicitud, por la carátula de póliza, por los endosos que se agreguen, por estas condiciones generales y la descripción de beneficios contratados, los cuales hacen prueba de su celebración.

2. Objeto del Seguro

Si durante la vigencia de esta póliza, al asegurado se le diagnostica algún cáncer cubierto, por primera vez y después del período de espera especificado en la carátula de la póliza, entonces la compañía pagará a los beneficiarios cada uno de los beneficios amparados, de acuerdo a las condiciones y términos especificados para cada una de las coberturas dentro de estas mismas condiciones.

3. Vigencia

La carátula de la póliza indicará la vigencia del seguro contratado.

4. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración de este contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

5. Edad

Se considera como edad del Asegurado, la que haya cumplido en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente ante la Compañía por una sola vez, y se hará constar en la póliza o en cualquier otro comprobante, la fecha y forma en que se acreditó la edad y ante quién se hizo, sin que se puedan exigir posteriormente nuevas pruebas cuando se tenga que pagar el siniestro.

Si se comprueba que al expedirse la póliza, la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, la Compañía considerará rescindido el contrato, devolviendo al Asegurado la prima no devengada existente en la fecha de rescisión.

- I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague 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 empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III.- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se 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. Las primas ulteriores 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.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Las edades mínima y máxima de admisión son de 0 a 64 años, en tanto que la edad máxima de renovación es hasta los 69 años.

6. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

En términos de lo dispuesto por el 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 30 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.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

7. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma 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.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

8. Moneda

Todos los pagos que el Asegurado y la Compañía deban realizar conforme a este contrato, se harán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, a la fecha de pago.

En el caso de que la póliza se contrate en moneda extranjera, los pagos se efectuarán conforme al tipo de cambio vigente, publicado en el Diario Oficial de la Federación por el Banco de México en la fecha de pago.

9. Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Si dicho Organismo no es designado árbitro, será competente el juez del domicilio de dicha delegación.

10. Terminación Anticipada

No obstante el término de vigencia de este contrato, éste podrá darse por terminado anticipadamente en los términos siguientes:

Si el Asegurado desea darlo por terminado, deberá dar aviso por escrito a la Compañía. En este caso, la terminación anticipada surtirá efectos el día y hora en que se presente el aviso a la Compañía. La Compañía devolverá la parte no devengada de la prima de tarifa descontada de los gastos de adquisición.

11. Terminación Automática

Este contrato terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, en los supuestos siguientes:

- En los casos específicamente previstos en cada una de las coberturas contratadas.
- En el aniversario inmediato posterior en el que se alcanza la edad máxima de renovación.

12. 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 o capital en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará 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 Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

13. Beneficiarios

El Asegurado tendrá derecho a designar a un tercero como Beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la Compañía. El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento su designación debiendo notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

En el caso de coberturas diferentes al fallecimiento, el beneficiario es el propio Asegurado. El Asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte, excepto si renunció a su derecho de cambiar beneficiarios.

Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo que se hubiere renunciado al derecho de revocar la designación.

El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y, además, lo comunique al Beneficiario y a la Compañía. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

La Compañía efectuará el pago de la indemnización correspondiente conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás.

Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario o los Beneficiarios designados mueran antes que el Asegurado, sin que se hubiese designado algún Beneficiario sustituto.

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 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.

14. Cesión del Contrato de Seguro

El Asegurado no puede ceder, transferir o asignar este contrato a cualquier otra persona(s), sin que exista previo acuerdo por escrito entre el Asegurado y la Compañía. En caso contrario este contrato quedará invalidado.

15. Modificaciones al Contrato

Este contrato puede ser modificado por acuerdo entre las partes, mismo que se hará constar por escrito mediante endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones al contrato.

16. Notificaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de ésta, en su domicilio. Las que se hagan al Asegurado o a sus causahabientes, se dirigirán al último domicilio que el Asegurado haya comunicado al afecto por escrito a la Compañía. Todas las notificaciones se tendrán como hechas el mismo día y se entenderán con cualquier persona que reciba la misma en el domicilio correspondiente.

17. Títulos y Definiciones

Los títulos de las cláusulas contenidos en este contrato son para comodidad de referencia únicamente y no agregan significado alguno al presente contrato. En este documento, las palabras con mayúscula inicial tienen un significado especial y se encuentran definidas.

18. Comisiones.

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.

19. Prima

El Asegurado será el responsable de realizar el pago por concepto de prima a la Compañía, por el monto señalado en la carátula de la póliza. La prima vencerá en el momento de la celebración del presente contrato.

19.1 Pagos Fraccionados

Si el Asegurado opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración no inferiores a un mes, aplicando la tasa de financiamiento correspondiente.

En caso de siniestro, la Compañía deducirá de la indemnización debida el total de la prima pendiente o las fracciones de ésta no liquidadas del riesgo afectado, hasta completar la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. Las fracciones de prima diferentes a la primera, no gozarán del plazo de gracia previsto en este párrafo.

19.2 Forma y Lugar de Pago

Cualquier pago a la Compañía, deberá ser hecho en las oficinas de ésta, contra entrega del recibo correspondiente. El pago podrá efectuarse mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito. El estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas imputables al Asegurado, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia, si éste es aplicable, conforme a lo previsto en esta cláusula.

19.3 Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en el inciso 19.1 de esta Cláusula el Asegurado podrá, dentro de los 30 días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha Cláusula, presentar una solicitud por escrito solicitando la rehabilitación del seguro, para lo cual la Compañía confirmará por escrito su autorización para la aceptación del riesgo.

El Asegurado deberá efectuar dentro del mismo plazo, el pago de la prima de este Seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado. Una vez que se haya cumplido con lo anterior, 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 plazo 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 Asegurado 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 período durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

En caso que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el Seguro desde las 0 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.

20. Arbitraje Médico

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de condiciones médicas preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía

21. Procedimiento de Indemnización

21.1 Aviso

Cualquier evento que pueda originar una indemnización en los términos de este contrato, deberá ser notificado por escrito a la Compañía dentro del plazo de 5 días naturales siguientes a que ocurra el siniestro, salvo en los casos fortuitos o de fuerza mayor, en donde el aviso deberá darse tan pronto como desaparezca el impedimento.

21.2 Pruebas

El reclamante deberá presentar a su costa, a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, el resumen de la historia clínica y las demás pruebas de los hechos y documentos relativos que den origen a la reclamación. No obstante lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier otra prueba que considere indispensable para acreditar la ocurrencia del siniestro.

Asimismo, la Compañía tendrá el derecho de practicar, a su costa, exámenes médicos al Asegurado, así como comprobar la veracidad de los hechos declarados por el Asegurado, Beneficiario o sus representantes.

21.3 Pago de Indemnizaciones

La Compañía pagará las indemnizaciones por fallecimiento a los Beneficiarios designados. Las indemnizaciones que se originen por eventos diferentes de fallecimiento, serán pagadas al Asegurado.

En las coberturas que proporcionen Indemnización Diaria, la Compañía y el Asegurado podrán pactar que los pagos sean efectuados semanalmente o mensualmente.

La Compañía efectuará el pago de la indemnización en sus oficinas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación, de lo contrario aplicará lo dispuesto en la cláusula 12 anterior.

22. Límite de Suma Asegurada

Todas las coberturas tendrán como máxima indemnización la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza.

23. Reducción de Periodos de Espera

El Asegurado, a su elección, podrá solicitar contratar la póliza con un período de espera de 180 días o reducirlo a 90, pagando la prima correspondiente y presentando los requisitos de asegurabilidad que la compañía considere convenientes. El asegurado deberá especificar su elección desde la solicitud.

24. Renovación Automática

Si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, alguna de las partes, Asegurado o Compañía, no da aviso por escrito a la otra de su voluntad de no renovarlo, este contrato de seguro se renovará automáticamente, por el mismo período, en los casos en que la prima o fracción de ella se encuentre al corriente en el pago al final de la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.

Dicha renovación se llevará a cabo mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos de asegurabilidad, en la fecha de vencimiento del contrato.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

EXCLUSIONES GENERALES

No obstante que cada beneficio contratado prevé sus propias exclusiones, a continuación se enlistan las exclusiones que aplican a todos los beneficios:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en alguna de las situaciones que se describen a continuación:

1. Condiciones Médicas Preexistentes

Esta exclusión no será aplicable, si el Asegurado se sometió al examen médico, previo a la contratación, en los términos indicados por la Compañía, respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

2. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si fue de carácter accidental.

3. Lesión o muerte por radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO A CAUSA DE CÁNCER

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Beneficiario una sola vez la suma asegurada estipulada en la carátula, si el Asegurado fallece a causa de cáncer diagnosticado por primera vez.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológico y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- c) El diagnóstico de cáncer del asegurado se efectúe previo a su muerte.
- d) La Póliza se encuentre en vigor al momento en que ocurra el fallecimiento a causa de cáncer.

Si el cáncer se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el fallecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes.**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**

- 9. Carcinoma “in situ” y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o “border line” y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica .**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO A CAUSA DE CÁNCER FEMENINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará a los Beneficiarios una sola vez la suma asegurada estipulada en la carátula, si el Asegurado de sexo femenino fallece a causa de un Cáncer Elegible, diagnosticado por primera vez.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en las mamas o en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina, Útero o Cervix, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en las mamas o en el aparato genital femenino específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina Útero o Cervix.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) El diagnóstico de cáncer del asegurado se efectúe previo a su muerte.
- e) La póliza se encuentre en vigor al momento en que ocurra el fallecimiento a causa de cáncer.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el fallecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones Médicas Preexistentes.**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**

5. **Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
6. **Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
7. **Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
8. **Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**
9. **Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
10. **Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
11. **Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.**

INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO A CAUSA DE CÁNCER MASCULINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará a los Beneficiarios una sola vez la suma asegurada estipulada en la carátula, si el Asegurado de sexo masculino fallece a causa de un Cáncer Elegible diagnosticado por primera vez.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en los órganos del sistema reproductor masculino, en específico cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido

el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.

- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en el sistema reproductor masculino, específicamente cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) El diagnóstico de cáncer del asegurado se efectúe previo a su muerte.
- e) La póliza se encuentre en vigor al momento en que ocurra el fallecimiento a causa de cáncer.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el fallecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones Médicas Preexistentes**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**

- 9. Carcinoma “in situ” y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o “border line” y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- 11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.**

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Asegurado una sola vez la suma asegurada estipulada en la carátula, si se le diagnostica por primera vez Cáncer.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológico y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- c) La Póliza se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico.

Si el cáncer se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS:

La compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**

- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**
- 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Asegurado de sexo femenino una sola vez la suma asegurada estipulada en la carátula, si es diagnosticado con un Cáncer Elegible por primera vez.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en las mamas o en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina, Útero o Cervix, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en las mamas o en el aparato genital femenino específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina Útero o Cervix.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) La póliza se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado

en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada. Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**

- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**
- 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- 11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.**

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MASCULINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Asegurado de sexo masculino una sola vez la suma asegurada estipulada en la carátula, si es diagnosticado con un Cáncer Elegible diagnosticado por primera vez.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en los órganos del sistema reproductor masculino, en específico cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en el sistema reproductor masculino, específicamente cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y

se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.

d) La póliza se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada. Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

- 1. Condiciones médicas preexistentes**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo**

- o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.
6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.
 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.
 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.
 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.
 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.
 11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.

INDEMNIZACIÓN MENSUAL POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Asegurado la indemnización mensual estipulada en la carátula y hasta por el número de meses contratado, si se le diagnostica por primera vez Cáncer.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico

se considerará como la fecha de diagnóstico.

c) La Póliza se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico.

Si el cáncer se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada. Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

En caso de muerte del asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los beneficiarios designados, el remanente de rentas por pagar a que tuviere derecho dicho asegurado.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS:

La compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere**

- seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.
5. Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.
 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.
 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.
 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.
 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.
 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.

INDEMNIZACIÓN MENSUAL POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará la indemnización mensual estipulada en la carátula y hasta por el número de meses contratado, si a la Asegurada se le diagnostica por primera vez un Cáncer Elegible.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en las mamas o en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina, Útero o Cervix, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en las mamas o en el aparato genital femenino específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina Útero o Cervix.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) La póliza se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

En caso de muerte del asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los beneficiarios designados, el remanente de rentas por pagar a que el asegurado tuviere derecho.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes.**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**

- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**
- 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- 11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.**

INDEMNIZACIÓN MENSUAL POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MASCULINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará la indemnización mensual estipulada en la carátula y hasta por el número de meses contratado, si al Asegurado se le diagnostica por primera vez un Cáncer Elegible.

La compañía pagará al Asegurado de sexo masculino la suma asegurada estipulada en la carátula, si es diagnosticado con un Cáncer Elegible diagnosticado por primera vez.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en los órganos del sistema reproductor masculino, en específico cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en el sistema reproductor masculino, específicamente cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) La póliza se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

En caso de muerte del asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición a los beneficiarios designados, el remanente de rentas por pagar a que el asegurado tuviere derecho.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**
- 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**

- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- 11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.**

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE CÁNCER

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Asegurado mientras permanezca hospitalizado, la Indemnización Diaria por Hospitalización indicada en la carátula y hasta por un máximo de 180 días durante el periodo de un año, a partir de la fecha del primer ingreso al hospital, si éste es internado en un hospital al menos por el período de deducible indicado en la carátula a causa de un cáncer que se origine durante la vigencia de la póliza y sea diagnosticado por primera vez.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- c) La Póliza se encuentre en vigor al momento de la primera hospitalización.

Si el cáncer se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

PERIODO DE DEDUCIBLE

Es el número mínimo de horas indicado en la carátula que el asegurado debe estar internado en un hospital para empezar a recibir la indemnización contratada de esta cobertura.

Este período aplicará sólo la primera vez que se hospitalice el asegurado.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo cáncer amparado,

cada uno de estos periodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días.

El pago de dichas Indemnizaciones será cubierto, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

CANCELACIÓN

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Condiciones médicas preexistentes.
2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.
3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.
4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.
5. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV positivo ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.
6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.
7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.
8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.

- 9. Carcinoma “in situ” y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limitrofes o “border line” y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE CÁNCER FEMENINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará a la Asegurada mientras permanezca hospitalizada, la Indemnización Diaria por Hospitalización indicada en la carátula y hasta por un máximo de 180 días durante el periodo de un año, a partir de la fecha del primer ingreso al hospital, si ésta es internada en un hospital al menos por el periodo de deducible indicado en la carátula a causa de un cáncer elegible que se origine durante la vigencia de la póliza y sea diagnosticado por primera vez.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en las mamas o en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina, Utero ó Cervix, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en las mamas o en el aparato genital femenino específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina Utero ó Cervix.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) La póliza se encuentre en vigor al momento de la primera hospitalización.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

PERIODO DE DEDUCIBLE

Es el número mínimo de horas indicado en la carátula que el asegurado debe estar internado en un hospital para empezar a recibir la indemnización contratada de esta cobertura.

Este período aplicará sólo la primera vez que se hospitalice el asegurado.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo cáncer amparado, cada uno de estos períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días. El pago de dichas Indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

CANCELACION

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes.**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV positivo ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**
- 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como imítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**

10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.

11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE CÁNCER MASCULINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Asegurado mientras permanezca hospitalizado, la Indemnización Diaria por Hospitalización indicada en la carátula y hasta por un máximo de 180 días durante el periodo de un año, a partir de la fecha del primer ingreso al hospital, si éste es internado en un hospital al menos por el período de deducible indicado en la carátula a causa de un cáncer elegible que se origine durante la vigencia de la póliza y sea diagnosticado por primera vez. Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en los órganos del sistema reproductor masculino, en específico cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en el sistema reproductor masculino, específicamente cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) La póliza se encuentre en vigor al momento de la primera hospitalización.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

PERIODO DE DEDUCIBLE

Es el número mínimo de horas indicado en la carátula que el asegurado debe estar internado en un hospital para empezar a recibir la indemnización contratada de esta cobertura. Este período aplicará sólo la primera vez que se hospitalice el asegurado.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo cáncer amparado, cada uno de estos períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días. El pago de dichas Indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

CANCELACION

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**

- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV positivo ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**
- 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- 11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.**

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR ESTANCIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA A CAUSA DE CÁNCER

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Asegurado la Indemnización Diaria por Hospitalización indicada en la carátula y hasta por un periodo máximo de 36 días durante el periodo de un año, a partir de la fecha del primer ingreso, si éste es internado en un hospital en el área de Terapia Intensiva a causa de un cáncer que se origine durante la vigencia de la póliza y sea diagnosticado por primera vez.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- c) La Póliza se encuentre en vigor al momento del primer ingreso al área de terapia intensiva del hospital.

Si el cáncer se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

CANCELACION

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV positivo ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**
- 9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limitrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR ESTANCIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA A CAUSA DE CÁNCER FEMENINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará a la Asegurada la Indemnización Diaria por Hospitalización indicada en la carátula y hasta por un periodo máximo de 36 días durante el periodo de un año, a partir de la fecha del primer ingreso, si ésta es internada en un hospital en el área de Terapia Intensiva a causa de un cáncer elegible que se origine durante la vigencia de la póliza y sea diagnosticado por primera vez.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en las mamas o en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina, Utero ó Cervix, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en las mamas o en el aparato genital femenino específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina Utero ó Cervix.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) La póliza se encuentre en vigor al momento del primer ingreso al área de terapia intensiva del hospital.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

CANCELACION

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes.**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV positivo ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**

6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.
7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.
8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.
9. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limitrofes o "border line" y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.
10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.
11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR ESTANCIA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA A CAUSA DE CÁNCER MASCULINO

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

La compañía pagará al Asegurado la Indemnización Diaria por Hospitalización indicada en la carátula y hasta por un periodo máximo de 36 días durante el periodo de un año, a partir de la fecha del primer ingreso, si éste es internado en un hospital en el área de Terapia Intensiva a causa de un cáncer elegible que se origine durante la vigencia de la póliza y sea diagnosticado por primera vez.

Para efectos de esta cobertura se considera Cáncer Elegible el que se origine en los órganos del sistema reproductor masculino, en específico cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos, cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de cáncer se haya efectuado después de haber transcurrido el periodo de espera estipulado en la carátula, contado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El tumor primario, antes de cualquier metástasis, se haya originado en el sistema reproductor masculino, específicamente cuyo origen se encuentre en la próstata o bien se origine en los testículos.
- c) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- d) La póliza se encuentre en vigor al momento del primer ingreso al área de terapia intensiva del hospital.

Si el tumor primario se diagnostica durante el periodo de espera estipulado en la carátula, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

CANCELACION

La cobertura del riesgo prevista en esta cobertura, cesará, para la póliza, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la póliza por cualquiera de las causas previstas en las condiciones generales;
- b) En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente el siguiente aniversario de la póliza.
- c) A partir del momento en que el Asegurado y/o beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el padecimiento tenga origen encualquiera de las siguientes situaciones:

- 1. Condiciones médicas preexistentes.**
- 2. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 3. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 4. Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia del seguro.**
- 5. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV positivo ó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- 6. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa del asegurado.**
- 7. Cuando el cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- 8. Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del asegurado.**

- 9. Carcinoma “in situ” y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o “border line” y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- 10. Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- 11. Cualquier Cáncer no especificado para esta cobertura.**

USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El contratante y/o asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que SURA tenga disponibles (entendiéndose éstos 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. Dichas operaciones se encontrarán sujetas al conjunto de técnicas y procedimientos empleados por SURA para verificar la identidad del usuario y su facultad para realizar operaciones electrónicas.

Los términos y condiciones para el uso de estos medios podrán ser consultados en la página de internet: www.segurossura.com.mx

La Compañía solicitará al contratante y/o asegurado, al momento de la contratación del seguro y/o del uso de medios electrónicos, a través de las herramientas disponibles, una dirección de correo electrónico, a fin de enviarle notificaciones derivadas de dicha contratación y/o modificación de operaciones y servicios previamente contratados.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Este seguro estará en vigor hasta el día en que termine su vigencia, fecha que se encuentra estipulada en la carátula de la póliza.

No obstante, lo anterior, el contratante y/o asegurado lo podrán dar por terminado telefónicamente a través del siguiente proceso:

- I. Llamar al número telefónico 55 5723 7999, opción 4; o, al número que se encuentre vigente al momento de la cancelación anticipada.
- II. Brindar la información que le sea requerida por la persona que lo está atendiendo, a fin de que ésta pueda validar la póliza y la identidad del cliente.
- III. Deberá enviar la solicitud de terminación anticipada firmada de su puño y letra, acompañada de copia simple de una identificación oficial vigente. El envío deberá realizarse al correo electrónico que se le proporcione en la llamada.
- IV. Una vez que el contratante y/o asegurado haya dado cumplimiento al punto anterior, deberá comunicarse, nuevamente, al número telefónico indicado en el punto "I" de este documento, en dónde se le dará un folio para el seguimiento de su solicitud; o bien, si lo solicita, se enviará el folio de cancelación al correo electrónico que designe.

En los casos en que el contrato se dé por terminado anticipadamente, el proceso de devolución de primas será el indicado en la cláusula Terminación Anticipada incluida en el presente contrato de seguro.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DERIVADA DE OPERACIONES A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

SURA entregará al contratante y/o asegurado, a través del medio elegido por este último, todos los documentos donde consten sus derechos y obligaciones derivadas de este contrato de seguro, por cualquiera de las siguientes opciones:

- I.- De manera personal, al momento de contratar el Seguro;

II.- A través de correo electrónico, en este caso el contratante y/o Asegurado deberá otorgar su consentimiento por escrito para recibir la documentación a través de la dirección del correo electrónico que designe para tal efecto.

En caso de que el contratante y/o asegurado no reciba dentro de los treinta (30) días siguientes a la contratación los documentos que integran este contrato de seguro deberán comunicarse al número telefónico 55 57237999, opción 4 o al número telefónico que se encuentre vigente, a fin de que opte por un medio alternativo para recibir dicha documentación. SURA se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los 30 días hábiles siguientes a la solicitud hecha por el contratante y/o Asegurado, en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo al que se hace referencia vencerá el día hábil inmediato siguiente.

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.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, 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.

Las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

A solicitud de la Autoridad correspondiente, la Compañía consignará a ésta, cualquier cantidad que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor del Contratante, Asegurado o Beneficiario, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

Usted tiene 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.gob.mx/condusef

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>

CODIGO PENAL FEDERAL

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

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 16 de enero de 2012 con el número CNSF-S0010-0597-2011/CONDUSEF-002171-03, BADI-S0010-0032-2014 de fecha 18 de Junio de 2014, CGEN-S0010-0162-2013 de fecha 23 de Octubre de 2013, RESP-S0010-0470-2015 de fecha 21 de Mayo de 2015, RESP-S0010-0033-2017 de fecha 07 de Marzo de 2017, RESP-S0010-0006-2018 con fecha 24 de Julio de 2018. RESP-S0010-0010-2021 con fecha 03 de marzo de 2021.

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía (UNE) la cual se encuentra ubicada en Boulevard Adolfo López Mateos 2448, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01060 en la ciudad de México, al teléfono 55 5723 7999, extensión 2031, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas, y viernes de 8:30 a 14:30 horas, ó al correo unat.clientes@segurossura.com.mx, ó visite nuestra página www.segurossura.com.mx ó bien puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México; www.gob.mx/condusef; correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, teléfonos: en la Ciudad de México 55 5340 0999, Resto de la República Mexicana 800 999 8080.

DERECHOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS.

GASTOS MÉDICOS MAYORES

Con el propósito de darle una perspectiva general de los derechos que como contratante, asegurado o beneficiario de un seguro de gastos médicos tiene y garantizar así el mejor aprovechamiento y ejercicio de los mismos, le presentamos esta breve guía.

- a) **Contratante:** es la persona que directamente adquirió el seguro, para sí- en la mayoría de los casos- o para alguien más- como ocurre con las escuelas para sus alumnos, las carreteras para sus usuarios, etc.
- b) **Asegurado:** es la persona cuya salud o integridad física está directamente relacionada con el riesgo amparado por el seguro.
- c) **Beneficiario:** es aquella persona que tiene derecho a recibir los beneficios económicos del seguro al ocurrir el riesgo, aunque no sea la persona asegurada, al estar así nombrado por el propio Asegurado o en virtud de tener algún interés o privilegio relacionado con el riesgo protegido por el seguro, como ocurre con el banco acreedor respecto de los créditos que otorga o por razones similares.

Como Contratante y Asegurado tiene derecho antes y durante la contratación del Seguro a que se le proporcione lo siguiente:

- a) Solicitar al intermediario o la persona moral encargado de la venta del seguro con la que se esté llevando a cabo la contratación del seguro, la identificación que lo acredite para llevar a cabo dicha intermediación o venta.
- b) Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario por la venta del seguro. Dicha Información se le enviará por escrito o a través de medios electrónicos en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la solicitud.
- c) Solicitar toda la información que le permita conocer cuáles son las condiciones generales del contrato de seguro, así como que le sea detallado el alcance de las coberturas, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles, los coaseguros, los periodos de espera, así como las formas de terminación del seguro.
- d) Si Usted ha sido sometido a un examen médico, Seguros SURA no podrá aplicar ninguna cláusula de preexistencia relacionada con la enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le hubiera aplicado.

Conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, le compartimos información que como contratante, asegurado o beneficiario, debe conocer en caso de ocurrir un siniestro

- Usted tiene derecho a un periodo de gracia para el pago de la prima, el cual se indica en su recibo de pago y/o póliza. Transcurrido dicho periodo, el seguro cesará en sus efectos de manera automática.
- Su póliza indica en sus condiciones generales el procedimiento a seguir en caso de siniestro, pero en cualquier circunstancia, es importante que reporte el siniestro en los números telefónicos provistos para el efecto y en su caso, que acuda a cualquiera de nuestras oficinas para conocer la información que de acuerdo con la naturaleza del siniestro; Resulta necesario para Seguros SURA el aviso expedito que permite a Seguros SURA tomar las decisiones correctas y oportunas, además de facilitarle a usted agilizar el trámite y recibir instrucciones de parte de Seguros SURA sobre cualquier acción o medida a tomar.
- La entrega de información veraz es un factor clave para la eficacia de la cobertura por lo que es importante que se cerciøre de entender lo ocurrido o incluso indique aquellas circunstancias o hechos que desconoce. La proveeduría de información falsa suele afectar los derechos derivados del seguro.
- Tiene derecho a que le indemnicen en términos del seguro contratado, dentro de los 30 días siguientes a que se haya entregado la última información solicitada por Seguros SURA para el entendimiento de las circunstancias e implicaciones del siniestro. En caso de que Seguros SURA no cumpla con lo anterior, Usted tendrá derecho a cobrar una indemnización por mora, la cual se calcula en los estrictos términos previstos por la Ley y los cuales se encuentran explicados en las condiciones generales del seguro.
- Cualquier indemnización que Seguros SURA pague con motivo de un siniestro, reducirá en igual cantidad la suma asegurada.
- En caso de inconformidad con la resolución de su siniestro o con el servicio o asistencia, puede presentar una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada a Clientes (UNE) ubicada en nuestro domicilio con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas. O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef), en cualquiera de sus delegaciones estatales.
- Si presentó la queja ante Condusef, puede solicitar la emisión de un dictamen técnico, si entre las partes no hay conciliación.

Finalmente le informamos que Seguros SURA cuenta con políticas corporativas que establecen las medidas necesarias para auxiliar en su condición a la población con capacidades diferentes, tales como facilidades en la atención y el servicio, accesos especiales y adecuados en sus instalaciones, prioridad en la atención de los siniestros, así como un trato respetuoso y digno.

Centro de atención telefónica:
55 5723 7999

Para reporte de siniestros:
800 911 7692



[segurossura.com.mx](https://www.segurossura.com.mx)

Seguros SURA, S.A. de C.V.
Blvd. Adolfo López Mateos, 2448, Col Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón,
C.P. 01060, Ciudad de México.