

I. INTRODUCCIÓN

¿Qué beneficios me ofrece esta póliza?

Esta póliza cubre los gastos por la atención médica hospitalaria y gastos funerarios originados por cáncer que ocurra dentro de la vigencia de la póliza y que de acuerdo a las definiciones establecidas en las presentes condiciones generales sean gastos cubiertos, amparando hasta la suma asegurada contratada para cada asegurado.

II. DEFINICIONES

En esta póliza establecemos los siguientes conceptos:

Usted o Ustedes	Es el Asegurado, Titular o sus Dependientes
Su y sus	Son del Asegurado, Titular o sus Dependientes
Nosotros	Somos Seguros Inbursa, S.A.
Nuestra(s) y Nuestro(s)	Son de Seguros Inbursa, S.A.

¿Qué debo entender por fecha inicial de vigencia en la póliza?

Para los asegurados iniciales, es la fecha de vigencia indicada en la carátula de la póliza. A partir de esta fecha se determinará la antigüedad de cada asegurado, siempre y cuando se renueve con vigencias sucesivas ininterrumpidas. Para las altas posteriores, es la fecha en que sean aceptados por Seguros Inbursa y así lo comunicaremos.

¿Qué debo entender por cáncer ?

Cáncer esta definido como una enfermedad manifestada por la presencia de tumores malignos caracterizados porque crecen en forma incontrolable y diseminan células malignas, por la invasión de tejido o por leucemia.

El cáncer así definido debe ser diagnosticado positivamente por un médico titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión. sobre la base de un examen microscópico de tejido o sobre el sistema hemático. Nos reservamos el derecho de examinar al asegurado y de efectuarle las pruebas que juzguemos convenientes para precisar la presencia de cáncer.

¿Qué entiendo por cáncer preexistente?

Es todo aquel que se hubiere manifestado antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, que fue diagnosticado por un médico, o fue aparente a la vista y que por sus síntomas o signos no pudo pasar inadvertido. Asimismo, aquel por el cual se hayan erogado gastos, con anterioridad al inicio de vigencia de esta póliza para cada asegurado o que se haya diagnosticado durante los primeros treinta días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

¿Qué debo entender por contratante?

Es la persona física o moral responsable ante nosotros de pagar la prima del seguro, indicada en la carátula de la póliza.

¿Qué debo entender por periodo al descubierto?

Es el lapso en el cual la póliza no está pagada, inicia el día siguiente de finalizado el periodo de espera y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

No procederá el pago de reclamaciones ocurridas durante este periodo o padecimientos cuyos signos o síntomas se hayan manifestado durante este periodo.

¿Quiénes son los asegurados ?

Son el titular de la póliza y sus dependientes económicos, incluidos y aceptados en esta póliza.

¿Qué persona es el asegurado principal?

La persona que aparece como titular de la póliza.

¿Quiénes son los dependientes económicos?

Por dependientes económicos del asegurado principal se entenderán: El cónyuge y los hijos que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 años de edad.

Beneficiario, ¿quién es?

El beneficiario es la persona designada por el asegurado con derecho a reclamar, en su caso, el remanente del beneficio de la cobertura de gastos funerarios, que de acuerdo a las condiciones generales de la póliza, debemos pagarle al ocurrir el fallecimiento del asegurado, siempre y cuando no exista restricción legal en contrario.

¿Qué se entiende por médico?

Es la persona que ejerce la medicina, titulado, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser: Médico general, Médico especialista o Médico cirujano.

¿Qué es la Tabla de Honorarios Quirúrgicos ?

Es una relación de intervenciones quirúrgicas, en donde se indica el porcentaje que, aplicado al límite que sirve de base para el pago de honorarios quirúrgicos, determinará nuestra responsabilidad máxima.

¿Qué es reembolso de gastos médicos?

Todos los gastos médicos efectuados deberán ser liquidados directamente por usted al prestador de servicios; aquellos que procedan le serán posteriormente reintegrados a usted o a quien usted designe.

III.COBERTURAS

Si durante la vigencia de esta póliza, como consecuencia de la presencia de cáncer cubierto, usted erogase cualquiera de los gastos enumerados a continuación, nosotros cubriremos el costo de los mismos hasta el agotamiento de la suma asegurada contratada, ajustándose en cada reclamación a los límites indicados en la carátula de esta póliza.

La vigencia de esta póliza terminará automáticamente, respecto a cada asegurado, en caso de cancelación por falta de pago de la prima, o por el agotamiento de la suma asegurada (lo que ocurra primero), quedando sin efecto los beneficios de la misma.

A) Gastos Médicos:

1. Honorarios de médicos, cirujanos y anesthesiólogos

Si como consecuencia de cáncer, el asegurado requiriese de intervención quirúrgica, la compañía cubrirá los honorarios del cirujano, hasta el límite indicado en la carátula de la póliza por cada intervención, previa aplicación del porcentaje señalado en la tabla de honorarios quirúrgicos.

La cantidad liquidada para este concepto incluye todas las atenciones prestadas al asegurado por el cirujano.

Las intervenciones realizadas que no se encuentren en la tabla de honorarios quirúrgicos se valuarán por similitud a las comprendidas en esta, cuando en una misma sesión quirúrgica se le practiquen dos o más operaciones se pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas, cuando los porcentajes estipulados en la tabla de honorarios quirúrgicos sean iguales.

Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios de la segunda intervención serán cubiertos al cincuenta por ciento de los estipulados en la tabla de honorarios quirúrgicos, si se requiere la intervención de otro cirujano, los honorarios de este serán cubiertos al cien por ciento de lo marcado en dicha tabla.

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se considerará como otra intervención quirúrgica siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior.

Los honorarios del anesthesiólogo se cubrirán hasta un máximo equivalente al 30% de los honorarios pagados por Seguros Inbursa al cirujano por cada intervención quirúrgica.

Si se requiere de intervención quirúrgica, los honorarios del primer y segundo ayudante serán cubiertos hasta el 20% y 10%, respectivamente, de lo pagado por Seguros Inbursa al cirujano.

2. Los gastos totales para cáncer de piel, se cubrirán hasta el límite indicado en la carátula de la póliza. El melanoma maligno invasor e infiltrante no será considerado cáncer de piel, por lo que quedará cubierto bajo los límites señalados para cáncer.

3. Gastos de hospital o sanatorio, representados por el costo de la habitación, alimentos y cama extra para el acompañante.

4. Gastos de medicamentos y tratamientos prescritos por el médico tratante para la atención médica de cáncer.

5. Gastos de enfermería. Si durante la enfermedad, usted requiriese de la asistencia de enfermera a domicilio, nosotros le cubriremos los gastos por este concepto hasta el máximo diario indicado en la carátula de la póliza, con máximo de 60 días. Este gasto se cubrirá sólo si el servicio de enfermera especial es solicitado y autorizado por el médico encargado del tratamiento de cáncer.

6. Ambulancia, se cubrirá el número de veces que sea necesaria hasta agotar el límite indicado en la carátula de la póliza.

7. Gastos por transportación a otro estado del territorio nacional o al extranjero, nosotros pagaremos el costo del boleto de ida y vuelta (previa comprobación de atención médica por cáncer) si usted decide transportarse desde su residencia hasta un hospital que le proporcione servicios médicos de cáncer, los gastos por este concepto se cubrirán no importando el número de viajes, hasta el límite indicado en la carátula de la póliza.

B) Gastos Funerarios

La compañía pagará los gastos funerarios si usted fallece como consecuencia de cáncer cubierto por la póliza. La cantidad máxima que se cubrirá por este concepto será la indicada en la carátula de la póliza.

IV. GASTOS NO CUBIERTOS

El contrato de seguro contenido en esta póliza no cubre gastos resultantes de:

- 1. Padecimientos de cáncer preexistente a la fecha en que se inicia la vigencia de esta póliza, o que se haya diagnosticado durante los primeros 30 días contados a partir de la fecha inicial de vigencia.**
- 2. Pruebas de laboratorio o estudios de rayos x, encefalografías, check-ups que sirvan para diagnóstico o comprobación de estado de salud.**
- 3. Gastos realizados por acompañantes del asegurado al transportarse o durante la internación de este en el sanatorio u hospital, exceptuando cama.**
- 4. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) o cualquier tipo de cáncer relacionado a este mismo.**

V. Cláusulas Generales

Siniestros

¿Qué procedimiento debo seguir para presentar mi reclamación?

Es su obligación avisarnos, por escrito, en el curso de los primeros cinco días siguientes a que usted tenga conocimiento de la presencia de cáncer.

En toda reclamación deberá comprobarse, por cuenta del reclamante la realización del siniestro.

¿Qué documentos debo presentar al efectuar mi reclamación?

Gastos Médicos

Únicamente serán cubiertos los honorarios de enfermeras y médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internación efectuados en sanatorios u hospitales legalmente autorizados.

No se harán pagos a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

Pago de Indemnizaciones de Gastos Médicos

Usted deberá presentar las formas de declaración correspondientes que para el efecto le proporcionaremos, así como los comprobantes (originales o copias) de los gastos médicos efectuados, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes.

Las notas o facturas deberán si es posible acompañarse de la receta expedida por el médico tratante. Una vez pagada la indemnización los documentos quedarán en nuestro poder.

¿En cuánto tiempo se pagarán las indemnizaciones reclamadas?

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los treinta días siguientes a la fecha en que recibamos los documentos o informaciones que nos permitan conocer el fundamento de la reclamación.

¿Se requiere presentar alguna identificación al efectuar la reclamación?

Se solicitará una identificación oficial con fotografía. En caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga el titular.

¿A quién se le pagarán los gastos reclamados?

Gastos Médicos

El pago de las reclamaciones serán liquidadas a usted o a su representante legal. En caso de muerte, a la persona que presente los comprobantes respectivos.

Gastos Funerarios

Las reclamaciones de esta cobertura serán pagadas a la persona que, siendo beneficiario de la póliza, o que, aún sin serlo haya hecho los gastos respectivos, proporcione la documentación que compruebe el fallecimiento y entregue los comprobantes de los gastos funerarios.

Si el importe total de gastos funerarios resultara menor que la suma asegurada para esta cobertura, ¿podrán mis beneficiarios reclamar la diferencia?

Si el monto total de gastos efectuados fuese menor al importe de la suma asegurada de esta cobertura, el remanente será distribuido a los beneficiarios de esta póliza, en los términos indicados por Usted.

Si el monto total de gastos efectuados fuese mayor al importe de la suma asegurada de esta cobertura, ¿qué pasará con los beneficiarios?

En este caso, únicamente se cubrirá el reembolso hasta el monto de la suma asegurada amparada por esta cobertura, quedando sin efecto la aplicación de la distribución porcentual de la suma asegurada a los beneficiarios designados por Usted.

Otros Seguros

¿Qué ocurrirá si tengo contratada otra póliza en esta u otra compañía que me otorga beneficios similares a ésta?

Gastos Médicos

Si la cobertura de Gastos Médicos asegurada en esta póliza estuviera amparada en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras compañías que cubran el mismo riesgo, en caso de reclamación, le cubriremos los importes procedentes, no importando que hayan quedado cubiertos por cualquier otra póliza.

Gastos Funerarios

Si se comprueba que los gastos por este concepto ya fueron reembolsados o cubiertos por otro seguro, nosotros pagaremos a sus beneficiarios la suma asegurada correspondiente a esta sección, salvo los casos previstos en las exclusiones.

Moneda

¿En qué moneda debo efectuar el pago de las primas?

El pago de la prima a que haya lugar por esta póliza, es exigible en Moneda Nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago, quedando pactado que el lugar para efectuar el pago será el de nuestras oficinas.

¿El pago de indemnizaciones también será en Moneda Nacional?

La aseguradora pagará la indemnización correspondiente en Moneda Nacional en los términos de la ley monetaria vigente en la época de los mismos. Los gastos efectuados en el extranjero serán reembolsados en el equivalente en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

Edad

¿Cuáles son los límites de edad de admisión?

La Compañía solamente podrá aceptar el ingreso a esta póliza de personas menores a sesenta años de edad.

En caso de inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, ¿qué sucede?

- A)** *Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de su edad y que dicha edad al tiempo de la celebración del contrato estaba fuera de los límites de admisión, los beneficios de ésta póliza quedarán rescindidos. Nosotros le reintegraremos al contratante la prima que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza, siempre que no hayamos cubierto alguna reclamación. En caso contrario, devolveremos únicamente la prima neta no devengada calculada a la fecha en que se rescinda el contrato.*
- B)** *Si a consecuencia de la inexacta declaración de su edad se hubiere estado pagando una prima mayor, nosotros estaremos obligados a reembolsar al contratante el 70% de la prima que hubiere pagado en exceso, en el último año de vigencia de la póliza.*
- C)** *Si a consecuencia de la inexacta declaración de su edad, le estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería por su edad real, nuestra obligación se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la que correspondería de acuerdo a su edad, en la fecha de celebración del contrato.*
- D)** *Nos reservamos el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de cualquier asegurado, en cuyo caso, se anotará en la póliza y se le extenderá un comprobante. No podremos exigir nueva prueba al pagar el siniestro.*

Primas

La forma de pago de primas puede ser, según se indique en la solicitud: anual, semestral, trimestral o mensual, aplicando un recargo por financiamiento si la forma de pago no es anual. La forma de pago convenida se indica en la carátula de la póliza.

La prima de esta póliza vence el primer día de cada periodo de pago. Se entiende por periodo de pago los años, semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza, de acuerdo con la forma de pago convenida.

No obstante lo anterior, para efectuar el pago de la prima, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima correspondiente a cada periodo de pago anual o, en caso de que la forma de pago sea fraccionada, a partir de la fecha de vencimiento de la fracción correspondiente. Dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

Si el Contratante no liquida la prima o la fracción de ella en caso de haber convenido pago fraccionado, dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término.

El contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, D.F., el cual se señala en la carátula de la póliza, o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o Asegurado tenga el original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado. Asimismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a tarjeta de crédito, débito o cuanta de cheques, en los términos especificados en la solicitud, en este caso el estado de cuenta donde aparece el cargo correspondiente de la prima, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar de los asegurados el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas sobre póliza que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Rehabilitación

Usted podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día del periodo de espera, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado, en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado periodo de espera y la hora y día en que surta 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, nosotros ajustaremos y, en su caso, devolveremos de inmediato, a prorrata, la prima correspondiente al periodo 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 de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las doce horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación deberá hacerse constar por nosotros, 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.

Renovación

¿Mi póliza se renovará automáticamente?

Esta póliza se considerará renovada, por periodos de un año, si dentro de los últimos sesenta días de vigencia de cada periodo anual, alguna de las partes no da aviso a la otra, por escrito, de su voluntad de no renovarla.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo, extendido en las formas usuales, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Contrato

¿Qué documentos forman mi contrato de seguro?

Sus declaraciones proporcionadas por escrito en la solicitud de seguro, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, y sus endosos constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre la compañía y el asegurado.

"Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones". (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

¿Qué debo hacer para efectuar modificaciones a mi póliza?

Las condiciones de esta póliza solo podrán modificarse, previo acuerdo entre Usted y Nosotros y se harán constar mediante cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Nosotros carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Beneficiarios

Usted deberá designar beneficiarios para la cobertura de Gastos Funerarios.

Si deseo cambiar de beneficiarios, ¿ puedo hacerlo ?

Usted podrá, en cualquier tiempo, hacer nueva designación de beneficiarios, siempre que esta póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, usted hará una notificación, por escrito, expresando con claridad el nombre del nuevo beneficiario para su anotación en la póliza.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que se pagará el importe del seguro al último beneficiario de que hayamos tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para nosotros.

Si usted renuncia a la facultad de cambiar de beneficiario, tendrá que hacer una designación irrevocable notificándolo por escrito al beneficiario y a nosotros y se hará constar en la póliza el carácter irrevocable de la designación.

¿Puedo designar como beneficiarios a menores de edad?

En el caso de que usted designe en su póliza beneficiarios a menores de edad y en dicha designación haya establecido que mientras estos sean menores de edad, la suma asegurada le sea pagada a un tercero mayor de edad, queremos advertirle que dicha persona podrá disponer a su arbitrio de la suma asegurada, teniendo únicamente una obligación moral ante él o los menores de edad, más no de índole legal, ya que la representación legal de los menores corresponde:

a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y, a la falta de ellos, a los abuelos paternos o maternos, en el orden que determine la ley o el juez competente.

b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad y discernimiento de esos cargos por el juez competente, con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

Si por alguna razón mis declaraciones son incompletas o falsas, ¿cómo procederán ustedes?

Usted está obligado a declarar, por escrito, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, nos facultará para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Comunicaciones

En el caso de que tenga que comunicarles algo con respecto a mi seguro, ¿a dónde me dirijo?

Cualquier notificación relacionada con esta póliza deberá hacerse por escrito, precisamente en nuestro domicilio social, el cual se indica en la carátula.

En el caso de que ustedes tengan que comunicarme algo acerca de mi seguro, ¿a dónde lo harán?

Cualquier comunicación nuestra le será enviada al último domicilio del cual tengamos conocimiento.

Competencia

En caso de controversia, ¿quién podrá resolver la misma?

En caso de controversia, el quejoso podrá, a su elección, ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros en los términos de los artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, o bien, podrá presentar su demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que deberá hacer dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de esta Institución de Seguros a satisfacer sus pretensiones.

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

Arbitraje médico

¿Cómo se resolverá una impropiedad para el caso de padecimientos y/o enfermedades preexistentes?

En caso de desacuerdo entre Usted(es) y la Compañía respecto de si un padecimiento y/o enfermedad es preexistente o no, será sometido a la decisión de un árbitro, que deberá ser perito médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieran de acuerdo en el nombramiento de un solo árbitro, se designarán dos, uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán a un tercero, que también deberá ser perito médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro, o si no lo hiciere cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciere falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

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

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

Si por causas imputables a Usted(es) no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que Usted(es) acepta(n) la determinación de Nosotros respecto a la preexistencia de un padecimiento y/o enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de Nosotros, simplemente determinará la preexistencia o no del padecimiento y/o enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

Prescripción

¿Tiene alguna prescripción esta póliza?

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta institución de seguros haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de seguros.

Indeminización por mora

1. ¿Qué sucede en caso de que ustedes no cumplan con la obligación de pagar la indemnización?

Si la compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Institución 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 Institución 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.

VI. TABLA DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS

PORCENTAJE DE FACTOR APLICABLE SOBRE EL LÍMITE INDICADO EN HONORARIOS QUIRÚRGICOS POR TIPO DE INTERVENCIÓN

Abdomen

Incisión a través de la pared abdominal para la remoción de órganos en la cavidad abdominal y pélvica	50 %
Resección total del estómago	80 %
Resección parcial del estómago	60 %
Resección del intestino delgado	100 %
Resección del colon ascendente o transverso	60 %
Resección combinada de abdomen perine (resección abdomino - perineal) o cáncer del recto o del sigmoide	80 %
Colostomía o ileostomía	40 %
Resección del esófago	100 %
Gastromía practicada en conexión con el esófago	40 %
Esplenectomía	60 %
Cistectomía total con trasplante ureteral	100 %
Excisión simple de la vesícula	40 %

Ojo	
<i>Enucleación con resección total</i>	40 %
Amputación	
<i>Muslo</i>	60 %
<i>Brazo, antebrazo, toda la mano, pierna o todo el pie</i>	60 %
<i>Dedos de la mano o el pie, cada uno</i>	6 %
Cerebro	
<i>Cranectomía exploratoria</i>	40 %
<i>Extirpación total del cáncer cerebral</i>	100 %
Senos	
<i>Mastectomía unilateral</i>	50 %
<i>mastectomía bilateral</i>	60 %
Torax	
<i>Toracoplastia exploratoria para determinar cáncer</i>	40 %
<i>Lobectomía</i>	80 %
Orgános genitales externos femeninos	
<i>Resección de vulva o vagina con nodulos linfaticos regionales (Vulvectomia)</i>	60 %
<i>Cauterización del cuello uterino</i>	10 %
Masculinos	
<i>Cáncer del pene-excisión total de nodulos linfáticos regionales</i>	60 %
<i>Orquidectomía</i>	40 %
Tracto genito- urinario	
<i>Nefrectomía</i>	80 %
<i>Prostatectomía radical</i>	80 %
<i>Histerectomía con salpingo o forectomía bilateral</i>	80 %
Cuello	
<i>Resección total de las glándulas del cuello</i>	80 %
Recto	
<i>Proctectomía</i>	50 %
Piel	
<i>Operación de incisión para remover de:</i>	
<i>Labio</i>	15 %
<i>Oreja</i>	15 %
<i>Nariz</i>	15 %
<i>Boca, lengua, amígdala mucosa bucal</i>	40 %
Columna vertebral	
<i>Operación para la remoción parcial o total de una o más vertebras</i>	80 %
Garganta	
<i>Excisión de la laringe</i>	40 %
<i>Tiroidectomía</i>	40 %
<i>Tiroides y remoción total de la glándula tiroides (bocio)</i>	60 %

* Las intervenciones realizadas que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos se valuaran por similitud a las comprendidas en esta.

"LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO REGISTRO NÚMERO DVA-S-305/2000 DE FECHA 26/06/2000, OF. NO. 06-367-II-1.1/36141 EXP. 732.2(S-128)/5 DE FECHA 17/12/1997, OF. 06-367-II-1.1/12119 EXP. 732.1(S-128)/1 DE FECHA 17/08/2001 CNSF-S0022-0698-2003 DE FECHA 30/09/2003, CGEN-S0022-0092-2005 DE FECHA 29/06/2005 Y CGEN-S0022-0287-2005 DE FECHA 16/12/2005.