

CONDICIONES GENERALES INBURCÁNCER HOMBRE

ÍNDICE

Capítulo 1. Definiciones	2
Capítulo 2. Objeto del seguro	4
Capítulo 3. Coberturas	4
3.1 Indemnización por diagnóstico de cáncer	4
3.2 Intervenciones quirúrgicas	4
3.3 Prótesis Testicular	4
3.4 Consultas psiquiátricas	4
3.5 Indemnización por pérdida de ingresos	4
3.6 Gastos funerarios	5
3.7 Servicios de asistencia médica	5
3.8 Radioterapia y quimioterapia	5
3.9 Edad	5
Capítulo 4. Exclusiones	5
Capítulo 5. Reclamación de siniestros	6
5.1 Pago por reembolso	7
5.2 Pago directo	7
Capítulo 6. Cláusulas Generales	7
6.1 Contrato	7
6.2 Moneda	8
6.3 Primas	8
6.4 Renovación	8
6.5 Comisiones	8
6.6 Indemnización por mora	9
6.7 Reinstalación	9
6.8 Alta de asegurados	9
6.9 Omisiones o inexactas declaraciones	9
6.10 Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los asegurados.	10
6.11 Comunicaciones	10
6.12 Beneficiarios	10
6.13 Competencia	11
6.14 Arbitraje médico	11
6.15 Prescripción	11

Capítulo 1. Definiciones

Asegurado

Persona física del género masculino expuesta a cualquier cáncer cubierto por esta póliza con derecho a los beneficios de la misma.

Asegurado titular

Es la persona física que firma la solicitud como asegurado principal.

Beneficiario

El beneficiario es la(s) persona(s) designada(s) por el asegurado con derecho a reclamar la cobertura de gastos funerarios.

Cáncer

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación 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 confirmando histopatológicamente, incluyendo entre otras la enfermedad de Hodgkin, leucemia carcinoma "in situ".

Cáncer cubierto

Es aquel que se le diagnostique al asegurado que puede ser cáncer de próstata, pene o testicular.

Cáncer in situ

Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia), por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo), sin rebasar más allá de la membrana basal.

Cáncer preexistente

Es aquel que previamente al inicio de cobertura de cada asegurado en este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete, historia clínica, informe médico, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de algún cáncer cubierto.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de algún cáncer cubierto, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la sección 6.14 de estas condiciones generales denominada Arbitraje médico.

Carta pase

Es el documento expedido por la Compañía mediante el cual se autoriza el servicio de pago directo previo o durante la realización de alguna intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico.

Compañía

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa

Contratante

Persona física o moral indicada en la carátula de la póliza y que tiene la obligación legal del pago de la primas.

Dependientes económicos

Lo(s) hijo(s) soltero(s) que no tenga(n) ingresos por trabajo personal y que sean menores de 29 (veintinueve) años de edad. Para que los dependientes económicos se consideren asegurados, deben aparecer con este carácter en la carátula de esta póliza.

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.

Endoso

Documento emitido por la Compañía que forma parte de la póliza y modifica los términos originales de la misma, ampliando o limitando los beneficios de su cobertura. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

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 cáncer cubierto todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas que se deriven del tratamiento médico o quirúrgico de dicho padecimiento.

Estudios histopatológicos

Son los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico y que para ser aceptadas bajo los términos de esta póliza, deberán fecharse y encontrarse debidamente firmadas por un médico que esté debidamente autorizado para ejercer oncología, anatomía, osteopatía o patología. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos.

Honorarios médicos o quirúrgicos

Es el pago que obtiene el profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

Hospital

Es una institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes que cuentan las veinticuatro horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados. Se incluyen en esta definición los Sanatorios y Clínicas que cumplan con lo anterior.

Hospitalización

Estancia continua en un hospital siempre y cuando esta sea justificada y comprobable para la atención de algún cáncer cubierto, inicia a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el médico tratante.

Infeción oportunista

Infecciones producidas como resultados de un sistema inmunitario defectuoso que no se puede defender contra patógenos que normalmente se encuentran en el ambiente. Los tipos comunes incluyen bacterias, hongos y protozoarios; se observan también en pacientes que reciben dosis grandes de esteroides u otros fármacos inmunosupresivos

Médico

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser médico general o médico especialista.

Metástasis

Cuando el cáncer se disemina o riega de una parte del cuerpo a otra.

Módulo de atención veinticuatro horas

Es el lugar en donde se encuentra el personal de la Compañía para proporcionar al asegurado la información necesaria para la atención de sus reclamaciones de manera permanente.

Pago directo

Es el servicio a través del cual la Compañía pagará directamente a su Red médica, los gastos resultantes por la atención médica y hospitalaria que reciba el (los) asegurado(s) a consecuencia de algún cáncer cubierto.

Periodo al descubierto

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este contrato por la falta de pago de la prima.

Periodo de espera

Es el tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de cada asegurado, a fin de que algún cáncer cubierto pueda ser amparado por la póliza, siempre y cuando éste no sea preexistente.

Perito médico

Es el médico titulado y con cédula profesional, registrado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Red médica

Es el grupo de prestadores de servicios médicos, hospitalarios, auxiliares de diagnóstico y terapéuticos que tienen celebrado un convenio vigente con la Compañía, que ofrecen la atención que requieren las coberturas otorgadas por esta póliza.

Debido a que la Red médica se puede actualizar en cualquier momento, es obligación del asegurado verificar en el módulo de atención veinticuatro horas o en la página de Internet www.inbursa.com previo a recibir la atención, que el prestador cuyos servicios se requieren se encuentre vigente para que proceda el pago directo.

Reembolso

Es el sistema de pago mediante el cual la Compañía reintegra al asegurado los gastos procedentes efectuados por el mismo a consecuencia de algún cáncer cubierto.

Suma asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenida para cada cobertura y aplicable por algún cáncer cubierto ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

Vigencia

Periodo de validez del contrato.

Capítulo 2. Objeto del seguro

Si durante la vigencia de esta póliza, al asegurado se le diagnostica algún cáncer cubierto, por primera vez y después de un periodo de espera de 180 (ciento ochenta) días de vigencia continua con la Compañía, entonces ésta pagará al asegurado cada uno de los beneficios amparados, de acuerdo a los términos y condiciones que se establecen en el Capítulo 3 denominado Coberturas.

Si se le diagnostica al asegurado algún cáncer cubierto por primera vez y antes del periodo de espera de 180 (ciento ochenta) días de vigencia continua con la Compañía, entonces ésta reembolsará al contratante las primas no devengadas y no será responsable de ningún otro pago.

En caso de terminación o cancelación del seguro, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por algún cáncer cubierto mientras el contrato se encuentre en vigor, hasta el agotamiento de la suma asegurada o transcurridos 5 (cinco) días naturales posteriores a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

Capítulo 3. Coberturas

Se entenderá por beneficios amparados a los que tuviere derecho el asegurado de conformidad con los términos y condiciones de la presente póliza, siempre y cuando ocurran dentro de la vigencia de la póliza, los beneficios siguientes aplicarán de forma independiente:

3.1 Indemnización por diagnóstico de cáncer

Si al asegurado se le diagnostica clínicamente algún cáncer cubierto bajo esta póliza, la Compañía pagará al asegurado, por una sola vez, la cantidad determinada en la carátula de póliza.

3.2 Intervenciones quirúrgicas

Si como consecuencia de algún cáncer cubierto bajo esta póliza, el asegurado es internado en hospital y se le realiza una intervención quirúrgica, recomendada y realizada por un médico, la Compañía pagará los gastos por dicha intervención quirúrgica, hasta el monto que se establece en la carátula de la póliza.

Los conceptos incluidos en este beneficio son:

A) La Compañía pagará los gastos por sangre y plasma

B) Indemnización por servicio de médico asistente.

Si el asegurado que ha sido intervenido quirúrgicamente requiere ser atendido por un médico asistente distinto al médico cirujano, la Compañía pagará por cada visita personal del médico asistente al asegurado en el hospital.

C) Indemnización por servicio de anestesia.

La Compañía pagará hasta 5 (cinco) servicios de anestesia durante la vigencia de la presente póliza.

Por servicios de anestesia se entenderán los cargos del hospital y anesthesiólogo, incluyendo, en ambos casos, el costo de material y medicinas necesarias para el servicio de anestesia.

D) Gastos por hospitalización.

La Compañía pagará por cada día de internación los gastos que facture el hospital por servicios de habitación y alimentación.

El monto total acumulado de cirugías jamás excederá la suma asegurada contratada para este beneficio.

3.3 Prótesis testicular

Si al asegurado se le diagnostica clínicamente cáncer testicular y requiere de una o ambas prótesis, la Compañía pagará los gastos en que se incurran por este motivo hasta el límite máximo que se especifica en la carátula de la póliza para ambos testículos, y si se requiere la prótesis de solo un testículo el límite máximo será del 50% (cincuenta por ciento) del límite que se indica en la carátula de la póliza.

3.4 Consultas psiquiátricas

Si como consecuencia de algún cáncer cubierto bajo esta póliza, el asegurado requiere tratamiento psiquiátrico, la Compañía pagará los gastos por concepto de consultas médicas con un máximo de 10 (diez) sesiones. El monto máximo por cada consulta será el que se haya erogado por este concepto sin exceder a lo indicado en la carátula de la póliza.

3.5 Indemnización por pérdida de ingresos

Si como consecuencia de algún cáncer cubierto en esta póliza el asegurado se ve incapacitado para llevar a cabo su trabajo habitual, siendo necesario que el asegurado esté hospitalizado o bien recluido en su domicilio por prescripción de un médico, la Compañía pagará mensualmente al asegurado y de acuerdo a sus ingresos fijos comprobables, como máximo la cantidad establecida en la carátula de la póliza durante un periodo de hasta 6 (seis) meses, contando a partir del primer día de su incapacidad.

En caso de incapacidades a causa de algún cáncer cubierto, cada periodo de incapacidad será considerado como continuación del anterior, a efecto de computar el periodo máximo de beneficio de 6 (seis) meses.

En caso de que el asegurado permanezca incapacitado durante un periodo inferior a 1 (un) mes, la Compañía pagará la cantidad establecida en la carátula de la póliza en proporción al número de días en los que el asegurado haya permanecido incapacitado, sin exceder a los ingresos comprobables de 1 (un) mes del asegurado.

3.6 Gastos funerarios

La Compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada contratada en caso de que ocurra el fallecimiento del asegurado a consecuencia de algún cáncer cubierto y ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

Si el monto total de gastos efectuados fuese menor al importe de la suma asegurada, el remanente será distribuido a los beneficiarios, de acuerdo al porcentaje señalado para cada uno de ellos. En caso de fallecimiento de beneficiarios se observarán las disposiciones que al respecto se contienen en el numeral 6.12 denominado Beneficiarios.

3.7 Servicios de asistencia médica

El asegurado tendrá acceso a varios servicios de asistencia médica, otorgados por el prestador de servicios MedicalHome quedando a cargo del asegurado el costo de los mismos a precios preferenciales.

Los servicios consisten en

- a) Recomendaciones médicas vía telefónica, se proporciona las 24 (veinticuatro) horas al día, los 365 (treientos sesenta y cinco) días del año, a nivel nacional, en situaciones simples o de emergencia en donde el afiliado es asesorado por un médico vía telefónica que evalúa la situación.
- b) Acceso a red de médicos y proveedores a nivel nacional, se proporcionan descuentos en servicios médicos de todas las especialidades, descuentos en procedimientos quirúrgicos, estudios en laboratorios, gabinete e imagen, en las ciudades y establecimientos en donde se brinde el servicio y tenga cobertura con los proveedores y médicos de la red de MedicalHome.
- c) Consulta médica domiciliada, se proporciona atención médica en el domicilio del afiliado, para atender padecimientos no urgentes que requieran la presencia física de un médico a precios preferenciales.

Además de otros servicios que previamente establezca MedicalHome, mismos que estarán sujetos a disponibilidad de los prestadores de servicio con los que MedicalHome llegare a contar de tiempo en tiempo los acuerdos comerciales correspondientes.

El afiliado podrá consultar la cobertura y los beneficios que se encuentran detallados en específico en el dominio www.medicalhome.com

3.8 Radioterapia y quimioterapia

La Compañía pagará los gastos por servicios de rayos X, radioisótopos, radioactivos de cobalto y quimioterapia que se efectúen al asegurado, siempre y cuando estos gastos sean a consecuencia de un cáncer cubierto bajo esta póliza, hasta el monto que se establece en la carátula de la póliza.

3.9 Edad

La edad de aceptación será a partir de los 12 (doce) años y menores de 65 (sesenta y cinco) años, garantizando la renovación hasta los 70 (setenta) años siempre y cuando tenga al menos 5 (cinco) años de vigencia continua e ininterrumpida con este producto.

Capítulo 4. Exclusiones

Esta póliza excluye los gastos por los conceptos enumerados a continuación:

- 1) Cáncer preexistente a la fecha en que inicia la vigencia de esta póliza, o que se haya diagnosticado dentro de los primeros 180 (ciento ochenta) días contados a partir de la fecha inicial de vigencia.**
- 2) Cualquier cáncer no especificado como cáncer cubierto.**
- 3) Tratamientos de reposo o descanso, exámenes médicos para comprobar el estado de salud conocidos con el nombre de check-up. Así mismo no se cubrirán estudios que no estén directamente relacionados con algún cáncer cubierto que dio origen a la reclamación procedente.**
- 4) Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, salvo lo establecido en el punto 3.3 denominado Prótesis testicular.**
- 5) Tratamientos o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubiera prescrito o seguido, y aquellos que se consideren experimentales o de investigación.**
- 6) Gastos realizados por los acompañantes del asegurado durante su estancia en un hospital, tales como cuarto o alimentos.**
- 7) La compra de cama de enfermo o colchón especial.**

- 8) **Honorarios médicos cuando el médico tratante sea el asegurado, contratante o algún familiar directo del asegurado o contratante (padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubina(rio)).**
- 9) **Trastornos de enajenación mental, depresión, histeria, estrés, neurosis o psicosis, bulimia, anorexia y todo tipo de padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, de lenguaje o del aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, trastornos del sueño o de la conducta y el síndrome de fatiga crónica, roncopatías, y uvulopalatoplastías, independientemente del origen de éstas; salvo lo especificado en el punto 3.4 denominado Consultas psiquiátricas.**
- 10) **Una infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor). Si al momento de una crisis, el asegurado tenía Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana).
Las infecciones oportunistas incluyen pero no se limitan a neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica y/o infecciones diseminadas por hongos.**
- 11) **Cualquier complicación, secuela o metástasis de algún cáncer no cubierto.**
- 12) **Cualquier cáncer cubierto cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**
- 13) **Gastos no especificados como cubiertos.**
- 14) **Pagos a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.**
- 15) **Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.**
- 16) **Los gastos funerarios cuando el fallecimiento del asegurado ocurra por cualquier causa diferente a algún cáncer cubierto.**

Capítulo 5. Reclamación de siniestros

La Compañía se obliga a cubrir los gastos procedentes hasta la suma asegurada vigente al momento de la ocurrencia del siniestro para cada beneficio amparado y para cada uno de los asegurados, de acuerdo a los términos y condiciones que se establecen en el Capítulo 3 denominado Coberturas.

La Compañía no se hace responsable de los daños y perjuicios que le puedan ocasionar los prestadores de servicios derivados de la actuación profesional, ellos serán responsables ante el asegurado de cualquier daño y perjuicio que le infieran, la responsabilidad como Compañía se concreta únicamente a los términos pactados en las condiciones de su póliza.

Cualquier cáncer cubierto que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 (cinco) días siguientes a su realización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 66, 67 y 68 de la ley sobre el Contrato del Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

Transcripción de los Artículos 66, 67 y 68 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

"Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora."

"Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa."

"Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente."

"Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro."

Los gastos procedentes de:

Indemnización por diagnóstico de cáncer podrá ser indemnizado al asegurado cuando presente los estudios histopatológicos.

Indemnización por pérdida de ingresos podrá ser indemnizado el asegurado cuando se presente la incapacidad derivado de algún cáncer cubierto y que compruebe sus ingresos.

Gastos funerarios podrán ser indemnizados bajo el esquema de Pago por reembolso.

En el caso de las coberturas: Intervenciones quirúrgicas, Prótesis testicular y/o Consultas psiquiátricas, podrán ser indemnizados bajo el esquema de Pago por reembolso o Pago directo de acuerdo a lo siguiente:

5.1 Pago por reembolso

Los gastos hechos por el asegurado de las reclamaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 (treinta) días hábiles siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que permitan conocer el fundamento de la reclamación, así como todos los comprobantes de los gastos indemnizables, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exija la ley y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía.

Las reclamaciones serán liquidadas al asegurado, a su representante legal o a quien demuestre haber efectuado los gastos procedentes por algún cáncer cubierto, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

- a) La prima o fracción correspondiente se encuentre pagada; si al momento de solicitar el reembolso la póliza se encuentra en periodo de gracia, la prima o la fracción correspondiente se descontará de la indemnización.
- b) Se cuente con un diagnóstico definitivo, confirmado a través de un estudio histopatológico.
- c) El asegurado acredite su personalidad a través de identificación oficial con fotografía (credencial del I.F.E., pasaporte o cédula profesional).
- d) Aviso de Enfermedad requisitado y firmado por el asegurado.
- e) Informe Médico debidamente requisitado y firmado por el médico tratante.
- f) En caso de fallecimiento, se solicitará acta de defunción del asegurado cuando se reclame la cobertura de gastos funerarios

La persona a la que se indemnice deberá presentar una identificación oficial vigente con fotografía y firma; en caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga el asegurado, su cónyuge o concubina(rio).

5.2. Pago directo

Será facultad de la Compañía otorgar este servicio para pagar directamente a la Red médica los gastos que resulten procedentes por algún cáncer cubierto siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos al momento de solicitarlo:

- a) La prima o fracción correspondiente se encuentre pagada, tanto al solicitar el servicio como al recibir la atención.
- b) La atención sea proporcionada invariablemente tanto por hospital como por médico afiliados a la Red médica.
- c) Se cuente con un diagnóstico definitivo, confirmado a través de un estudio histopatológico.
- d) El asegurado acredite su personalidad a través de identificación oficial con fotografía (credencial del I.F.E., pasaporte o cédula profesional).
- e) Aviso de Enfermedad requisitado y firmado por el asegurado.
- f) Informe Médico debidamente requisitado y firmado por el médico tratante.

Es obligación del asegurado verificar en el módulo de atención veinticuatro horas o en nuestra página de Internet en la dirección electrónica www.inbursa.com previo a recibir la atención médica u hospitalaria, que el prestador del servicio requerido pertenezca a la Red médica.

Con independencia de lo anterior, el asegurado tiene la obligación de respetar los procedimientos y requisitos establecidos por el médico y/u hospital correspondiente.

Los teléfonos de atención y orientación médica las 24 horas los 365 días del año:

Módulo Inbursa:	
Para el D.F. y Área Metropolitana:	54 47 8089
Para el resto del país:	01 800 712 4237 Lada sin costo 01800 822 7622 Lada sin costo

Capítulo 6. Cláusulas Generales

6.1 Contrato

Las declaraciones proporcionadas por escrito en la solicitud de seguro (conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos), la carátula y los endosos serán prueba del contrato del seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante.

"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". Transcripción del Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Este derecho se hace extensivo al contratante.

Las condiciones de esta póliza sólo podrán modificarse, previo acuerdo entre el contratante y la Compañía emitiéndose un endoso adicional que formará parte del contrato.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones, salvo que la Compañía otorgue la autorización expresa.

En ejercicio del derecho que le confiere el artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el contratante acepta que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales se le apliquen las nuevas condiciones y si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Transcripción del Artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

"Artículo 65.- Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda."

6.2 Moneda

El pago de la prima a que haya lugar, será liquidable en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago, quedando pactado que el lugar para efectuar el pago será en las oficinas de la Compañía.

El pago de las indemnizaciones será en moneda nacional en términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha en que se realizaron los gastos. En caso de proceder indemnizaciones de gastos erogados en el extranjero, estas serán reembolsadas en el equivalente en moneda nacional en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

6.3 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.

No obstante, para efectuar el pago de la prima, el Contratante gozará de un tiempo máximo de 30 (treinta) días naturales para realizar el pago del primer recibo y 5 (cinco) días naturales para recibos posteriores contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima correspondiente. Dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo 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 cualquiera de las oficinas de la Compañía, 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 tengan 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 cuenta 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 prima neta será la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados, de acuerdo con la edad alcanzada y características contratadas, aplicando las tarifas en vigor a la fecha de emisión.

La prima total es la suma de la prima neta, el financiamiento según el periodo de pago, los gastos de expedición y el impuesto (I.V.A.).

Los recibos de este producto gastos médicos son deducibles de impuestos tanto para personas físicas como para personas morales.

6.4 Renovación

La póliza se renovará automáticamente, por periodos de un año, si dentro de los últimos 60 (sesenta) días de vigencia de cada periodo anual el contratante no le da aviso a la Compañía por escrito de su voluntad de no renovarla.

6.5 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 Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

6.6 Indemnización por mora

En caso de mora, la Compañía deberá pagar al asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

Transcripción del artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS):

“ARTICULO 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; y

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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.”

6.7 Reinstalación

Bajo ninguna circunstancia la suma asegurada se reinstalará, y ésta se pagará por una sola ocasión hasta los montos establecidos y de acuerdo a las condiciones que se indican en el Capítulo 3 denominado Coberturas, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente.

6.8 Alta de asegurados

El contratante podrá incluir a los dependientes económicos del asegurado previa aceptación de la Compañía.

6.9 Omisiones o inexactas declaraciones

El(los) asegurado(s) está(n) obligado(s) 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 conozcan o deban 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, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Transcripción de los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, 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.”

“Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.”

“Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.”

“Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

6.10 Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los asegurados.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de alguno de los asegurados, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real del asegurado al momento de la celebración del contrato esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso le devolveremos al contratante la prima reserva matemática del contrato a la fecha de su rescisión.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de alguno de los asegurados y la edad real del asegurado al momento de la celebración del contrato esté comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- A) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad de alguno de los asegurados el contratante pagare una prima menor de la que correspondería a 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.
- B) Si ya se hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, la Compañía tendrá derecho a pedir la devolución de lo que hubiéramos pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- C) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del asegurado, estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a su edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- D) Si con posterioridad al fallecimiento 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 hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exigen los puntos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

6.11 Comunicaciones

Habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características del riesgo que consta en la carátula de esta póliza, el asegurado deberá comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el asegurado omitiera el aviso o si provocara una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Cualquier declaración o comunicación relacionada con la presente póliza deberá efectuarse por escrito, precisamente en el domicilio de la Compañía, indicado en la carátula de la póliza.

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

6.12 Beneficiarios

El asegurado deberá designar beneficiarios para la cobertura de gastos funerarios.

En caso de desear cambiar de beneficiario, el asegurado podrá, en cualquier tiempo, hacer nueva designación de sus beneficiarios, siempre que la póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, el asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía.

La Compañía pagará al último beneficiario de que hayamos tenido conocimiento la indemnización correspondiente, sin responsabilidad alguna.

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

A) Beneficiarios menores de edad

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 nombre 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.

La representación legal de los menores corresponde:

1. 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.
2. 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.

B) Otros beneficiarios

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado que hubiere fallecido; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado afectado y no existiese designación de nuevo beneficiario.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno antes que el asegurado, la parte correspondiente se distribuirá en porciones iguales entre los supervivientes de cada uno de los asegurados, salvo indicación contraria o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de algún(os) beneficiario(s).

Lo anterior en términos del Artículo 164 y 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“Artículo 164.- El asegurado, aún 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.”

“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 pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo siguiente.”

“Artículo 165.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.”

6.13 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la institución de seguros o en la Comisión Nacional para Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). En todo caso el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

6.14 Arbitraje médico

En caso de desacuerdo entre el asegurado y la Compañía respecto de si algún cáncer cubierto 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 pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo 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 un tercero, que también deberá ser perito médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

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

Si por causas imputables al asegurado, no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que el asegurado acepta la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de algún cáncer cubierto.

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

6.15 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 (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 Compañía 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.