



CONTRATO DE SEGURO CONDICIONES GENERALES DE COBERTURA DE CANCER FEMENINO

CARDIF MEXICO SEGUROS GENERALES, S.A. de C.V., en adelante la COMPAÑÍA, emite la presente Póliza sobre la persona del ASEGURADO, cuyo nombre figura en la carátula de la Póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO de la Póliza en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

DEFINICIONES

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

ASEGURADO. Es toda aquella persona física que se encuentra amparada por la presente Póliza y que aparece señalada como tal en la carátula de la Póliza.

Aseguradora y/o CARDIF MEXICO SEGUROS GENERALES, S.A. de C.V., quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los Beneficios estipulados en la Póliza.

Beneficio. Es la indemnización a la que tiene derecho el ASEGURADO o Beneficiario, en caso de ser procedente la reclamación del siniestro de acuerdo a lo estipulado en la presente Póliza.

Beneficiario. Es la persona o las personas designadas en la Póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece.

Cáncer. Significa la enfermedad que se manifiesta con la presencia de un tumor maligno caracterizado por un crecimiento y la diseminación incontrolable de células malignas con la destrucción del tejido normal incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Su diagnóstico debe ser confirmado con un reporte patológico.

Contratante. Es la persona física o moral que suscribe con la COMPAÑÍA una póliza de seguro, y es responsable ante la COMPAÑÍA de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

Deducible. Participación del Asegurado en el monto de la reclamación.

Endoso. Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la Póliza.

Enfermedad. Para efectos del presente contrato de seguro, se considerara como Enfermedad, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado correspondiente.

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

Fecha de Inicio de Vigencia. Es la fecha que aparece en la Carátula de la Póliza como fecha efectiva, a partir de la cual comienzan los Beneficios de la Póliza contratada.

Ley. Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.



CARDIF
GRUPO BNP PARIBAS

Padecimientos Preexistentes. Son aquellos padecimientos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo a la fecha de alta del ASEGURADO dentro de la Póliza.
- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la Póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza. El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico determine mediante un diagnóstico, tratamiento o un gasto previo a la celebración del contrato de seguro.

En caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, se estará al laudo emitido por 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.

Período de Gracia. Es el plazo otorgado por la COMPAÑÍA, dentro del cual se otorga cobertura, aún cuando no se hubiere pagado la prima correspondiente, la cual se deducirá del Beneficio a entregar si ocurriera el siniestro durante este lapso.

Periodo de Espera. Periodo posterior inmediato a la fecha de inicio de cobertura del seguro, durante el cual el Asegurado no estará amparado y no tendrá derecho alguno a recibir indemnización bajo este Contrato, en caso de ocurrencia de un siniestro.

Póliza y/o Contrato. Es el documento que funge como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

Prima. Es el valor determinado por la COMPAÑÍA, que el CONTRATANTE deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

Reporte Patológico. Se define como los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de esta póliza, la documentación debe fecharse y encontrarse debidamente firmada por un médico que esté debidamente autorizado para ejercer la oncología, anatomía, osteopatía o patología; este diagnóstico no puede ser hecho por una persona que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en la misma casa que el asegurado, sin importar si la persona es un médico. **Las** evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos, o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

Suma Asegurada. Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la Póliza para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad la COMPAÑÍA, en caso de proceder la reclamación.

Vigencia. Es la duración de la Póliza, la cual está estipulada en la carátula de la Póliza.



1. Coberturas

La presente Póliza está integrada por las coberturas incluidas expresamente, conforme a lo indicado en la carátula de la Póliza, pudiendo ser contratadas de manera independiente o en conjunto. La responsabilidad máxima de la COMPAÑÍA para las coberturas contratadas será por la Suma Asegurada que se indique en cada una de ellas, de acuerdo a lo siguiente:

1.1 Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

a) Cobertura

La COMPAÑÍA pagará la Suma Asegurada contratada en la carátula de la póliza para este beneficio, según se estipula en las Cláusulas de este contrato, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna única y exclusivamente en Ovarios o Útero o Mama, que ponga en peligro la vida del ASEGURADO de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer en las partes del cuerpo femenino mencionado. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la COMPAÑÍA por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión y destrucción del tejido normal, siempre y cuando no este catalogado como tumor primario,. Este diagnóstico debe ser soportado por un reporte patológico.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

Lo siguiente se excluye:

. Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, Carcinoma-in-situ de Mama, Displasia Cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3;

.. Todos los tumores con presencia de infecciones de VIH.

d) Pago de la suma asegurada.

Se pagará la Suma Asegurada contratada y especificada en la carátula de la póliza en una sola exhibición, si se detecta por primera vez alguno de los cánceres (Útero u Ovarios o Mama) cubiertos en este contrato.

e) Periodo de espera.



En esta cobertura aplicará un periodo de espera de 6 meses contados partir de la fecha de la contratación del seguro.

1.1.1.- Se entenderá por Cáncer de Útero:

a) Definición

El cáncer cérvico uterino consiste en el crecimiento lento de células cancerosas en el cuello uterino y/o Útero. En donde los tejidos normales manifiestan células anormales que posteriormente comenzaran a crecer y diseminarse en el cuello uterino y/o Útero y áreas circundantes. Este Cáncer también está cubierto si es a consecuencia de la diseminación de células malignas derivadas de un cáncer de Vulva o Vagina.

b) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

c) Periodo de espera.

En esta cobertura aplicará un periodo de espera de 6 meses contados partir de la fecha de la contratación del seguro.

1.1.2. Se entenderá por Cáncer de Ovarios:

a) Definición

Un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos masiva dentro del o de los ovarios de la mujer.

b) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

c) Periodo de espera.

En esta cobertura aplicará un periodo de espera de 6 meses contados partir de la fecha de la contratación del seguro.

1.1.3.- Se entenderá por Cáncer de Mama:

a) Definición

Es la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas.

b) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

c) Periodo de espera.



En esta cobertura aplicará un periodo de espera de 6 meses contados partir de la fecha de la contratación del seguro.

1.2 Cirugía Reconstructiva por Cáncer de Mama

a) Cobertura

Si a consecuencia de la cobertura mencionada en el punto 1.1 párrafo 1.1.3 de este contrato y que haya sido contratada por EL ASEGURADO para la detección de cáncer de mama y que se especifica en la carátula de la Póliza durante la vigencia de la misma, EL ASEGURADO requiere de la reconstrucción de senos y/o cualquier tipo de mastectomía; LA COMPAÑÍA pagará las suma asegurada contratada al momento del diagnóstico para los conceptos antes mencionados hasta por la cantidad mencionada y estipulada en la carátula de la póliza.

b) Demostración

La demostración será de acuerdo al antecedente del hecho que dio origen y cuya definición se encuentra en la cobertura correspondiente.

c) Pago de la suma asegurada.

Se pagará la Suma Asegurada en una sola exhibición al momento de ser detectado el cáncer de mama a que se refiere la cobertura mencionada en el punto 1.1 párrafo 1.1.3 de este contrato, y siempre y cuando se detecta por primera vez la Enfermedad.

d) Periodo de espera.

En esta cobertura aplicará un periodo de espera de 6 meses contados partir de la fecha de la contratación del seguro.

1.3 Cirugía por Cáncer

a) Cobertura

Si a consecuencia de la cobertura mencionada en el punto 1.1 párrafos 1.1.1 , 1.1.2 y 1.1.3 de este contrato y contratada por EL ASEGURADO para la detección de cáncer de Útero, Ovarios y Mama, en la carátula de la Póliza la vigencia de la misma, EL ASEGURADO requiere de intervención quirúrgica por algún cáncer cubierto, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura hasta por la cantidad mencionada y estipulada en la carátula de la póliza.

b) Demostración

La demostración será de acuerdo al antecedente del hecho que dio origen y cuya definición se encuentra en la cobertura correspondiente.

c) Pago de la suma asegurada.



Se pagará la Suma Asegurada en una sola exhibición al momento de ser detectado el cáncer de Utero o Ovarios o Mama a que se refiere la cobertura mencionada en el punto 1.1 párrafos 1.1.1 y 1.1.2 y 1.1.3 de este contrato, y siempre y cuando se detecta por primera vez la Enfermedad.

d) Periodo de espera.

En esta cobertura aplicará un periodo de espera de 6 meses contados partir de la fecha de la contratación del seguro.

1.4 Indemnización Diaria por Hospitalización por Cáncer

a) Cobertura

La COMPAÑÍA pagará en caso de que EL ASEGURADO así lo hubiere contratado de acuerdo a la carátula de la póliza y dentro de las coberturas de la misma, una indemnización diaria por hospitalización al ASEGURADO, si éste es internado en un hospital a consecuencia del primer diagnóstico de cualquier cáncer cubierto en la vigencia de la póliza. Esta cobertura se extiende hasta los siguientes seis meses posteriores al diagnóstico del cáncer.

El periodo máximo de hospitalización será de ciento veinte (120) días, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de Beneficio de ciento veinte (120) días dentro de los 6 meses de cobertura posteriores al diagnóstico.

Esta cobertura opera con un deducible de dos (2) días sobre el periodo de hospitalización.

b) Periodo de espera.

En esta cobertura aplicará un periodo de espera de 6 meses contados partir de la fecha de la contratación del seguro.

1.5 Incapacidad Temporal por cáncer

a) Cobertura

La COMPAÑÍA pagará la suma asegurada contratada para este beneficio especificada en la carátula de la póliza al momento del diagnóstico de cualquier cáncer cubierto en este contrato y en la carátula de la póliza por la por la posible incapacidad total temporal que sufra EL ASEGURADO a consecuencia del diagnóstico del cáncer.

b) Periodo de espera.

En esta cobertura aplicará un periodo de espera de 6 meses contados partir de la fecha de la contratación del seguro.

c) Pago de la suma asegurada.

Se pagará la Suma Asegurada en una sola exhibición al momento de realizarse el diagnóstico de cualquier cáncer cubierto a que se refiere la cobertura mencionada en el punto 1.1 párrafos 1.1.1, 1.1.2 y 1.1.3 de este contrato, y siempre y cuando se detecta por primera vez la Enfermedad.



2. Disposiciones Generales

El ASEGURADO está obligado a llenar la solicitud del presente seguro con información veraz y oportuna.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a la COMPAÑÍA para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. (Artículos 8 y 47 de la Ley). La COMPAÑÍA comunicará en forma auténtica al CONTRATANTE y/o ASEGURADO la rescisión de la Póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la COMPAÑÍA conozca la omisión o inexacta declaración.

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente Póliza y, a las disposiciones contenidas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

3. Período de Cobertura

Inicia una vez cumplidos los periodos de espera de cada cobertura contratada, después de la fecha de la primera expedición de esta Póliza. La cobertura termina al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) A la terminación de la vigencia de esta cobertura según aparece en la carátula de la Póliza.
- b) A la primera ocurrencia de una Enfermedad que sea cubierta por esta Póliza.
- c) A la muerte del ASEGURADO.
- d) Para las coberturas, cuando conforme a lo indicado en la cláusula de renovación automática, no proceda la renovación por haber rebasado el ASEGURADO la edad de sesenta y cinco (65) años.
- e) Por falta de pago de la prima correspondiente a la Póliza.
- f) Por la cancelación de la Póliza a solicitud del ASEGURADO.

4. Moneda del Contrato

Los pagos que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO y la COMPAÑÍA deban hacer en términos de esta Póliza, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

5. Período de Espera

Ningún pago será procedente si el padecimiento objeto de la reclamación se presenta durante los primeros seis meses a partir de la fecha de emisión del primer año de vigencia de la Póliza.

6. Forma de pago de la Suma Asegurada contratada

La COMPAÑÍA pagará el importe señalado en la carátula de la Póliza, para cada cobertura contratada de acuerdo a como se estipula en cada una de las coberturas contratadas.

Si falleciere el ASEGURADO como consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza, LA COMPAÑÍA, liquidará cualquier adeudo procedente a la sucesión testamentaria.

7. Aviso de Siniestro

Se deberá avisar por escrito a la COMPAÑÍA de la ocurrencia de cualquier Enfermedad amparada por esta Póliza, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su realización y una vez transcurrido el periodo de espera especificado en cada una de las coberturas, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

8. Pruebas



El pago de cualquier siniestro cubierto requiere que el ASEGURADO aporte los elementos requeridos a la COMPAÑÍA que demuestren:

- a) La edad del ASEGURADO, siempre y cuando no se haya demostrado con anterioridad.
- b) La ocurrencia de la Enfermedad en cuestión, que deberá comprender el informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan dicho diagnóstico.
- c) Adicionalmente, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de examinar al ASEGURADO con el médico que ésta designe, y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado.

9. Edades de Contratación

Para efectos de esta Póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por EL ASEGURADO, la cual será el número de años cumplidos en la fecha de contratación de la Póliza y las subsecuentes renovaciones.

Al momento de contratación de la Póliza, El ASEGURADO deberá tener entre dieciocho (18) y sesenta y tres (63) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días. Para renovaciones la edad del asegurado no podrá ser mayor a sesenta y cinco (65) años cumplidos con cancelación automática partir de esta edad. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del ASEGURADO, LA COMPAÑÍA no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA, pero en este caso se devolverá al ASEGURADO la parte no devengada de la prima en la fecha de su rescisión.

Si la edad del ASEGURADO estuviere 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, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b. Si la COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a edad real, la COMPAÑÍA estará obligada a rembolsar la diferencia entre la prima 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.
- d. 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 mencionados en esta Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (Artículo 161 de la Ley).



CARDIF
GRUPO BNP PARIBAS

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el ASEGURADO presenta a la COMPAÑÍA pruebas fehacientes de su edad, la COMPAÑÍA lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del ASEGURADO.

10. Primas

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza. El resto de las primas se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período, y tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidos en la carátula de la Póliza.

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de la COMPAÑÍA, en las instituciones bancarias autorizadas o en cualquier institución autorizada por la COMPAÑÍA, que aparecen en los recibos de pago que se harán llegar al domicilio del CONTRATANTE. En caso de que el CONTRATANTE no reciba oportunamente el formato para el pago de las primas, no operará lo estipulado en la Cláusula relativa al Período de Gracia.

El pago de las primas podrá efectuarse mediante cargo a tarjeta de crédito, para lo cual el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas imputables al CONTRATANTE, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el Período de Gracia.

11. Período de Gracia

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de esta Póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de dicho plazo.

Durante el Período de Gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si un ASEGURADO sufriera durante el transcurso del mismo, un siniestro pagadero bajo esta Póliza, la COMPAÑÍA deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

12. Designación de Beneficiarios

Para efectos del seguro contratado, se tendrá como Beneficiario de esta Póliza al propio ASEGURADO.

13. Comprobación del Siniestro

La COMPAÑÍA tendrá el derecho de exigir del ASEGURADO y/o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que, el ASEGURADO y/o Beneficiario deben proporcionar a la COMPAÑÍA, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la enfermedad, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Se perderá todo derecho al beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

14. Impuestos, Tasas y Contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del CONTRATANTE, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la COMPAÑÍA.

15. Domicilio



CARDIF
GRUPO BNP PARIBAS

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta Póliza, es el de la COMPAÑÍA y los últimos declarados por el CONTRATANTE y el ASEGURADO según sea el caso.

16. Prescripción

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 en los términos del Artículo 81 de la Ley, 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 el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

17. Renovación Automática

La Póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, la COMPAÑÍA podrá proceder a renovar anualmente la Póliza en forma automática, hasta el aniversario de la Póliza en que el ASEGURADO alcance la edad de sesenta y cinco (65) años, salvo que el CONTRATANTE manifieste expresamente que la COMPAÑÍA tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

No procederá la renovación automática en caso de ser detectado cualquier tipo de cáncer.

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá 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 la delegación de la misma que se encuentre más próxima al domicilio del ASEGURADO o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA, en los términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen. De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la COMPAÑÍA.

19. 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, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al ASEGURADO, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

20. Rehabilitación

El CONTRATANTE podrá solicitar la rehabilitación de la Póliza si ésta hubiera cesado en sus efectos por falta de pago oportuno. Para solicitar la rehabilitación, el ASEGURADO deberá ofrecer evidencias de asegurabilidad que sean satisfactorias a juicio de la COMPAÑÍA, siendo a cargo del CONTRATANTE los gastos que pudiera originar esta comprobación. Además, el CONTRATANTE deberá pagar la prima correspondiente para que pueda proceder la rehabilitación.



La Póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que la COMPAÑÍA haya aprobado la solicitud de rehabilitación. La COMPAÑÍA sólo responderá por los siniestros a consecuencia de Accidentes o Enfermedades producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación, por lo tanto, no quedarán cubiertos aquellos Accidentes o Enfermedades cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante el período que la Póliza no estuvo vigente. Al quedar rehabilitada la Póliza, se dará inicio a un período de espera de noventa (90) días.

21. Duplicado de Póliza

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta Póliza, el CONTRATANTE podrá obtener un duplicado en sustitución de la Póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el CONTRATANTE, en el domicilio de la COMPAÑÍA.

El CONTRATANTE tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del Contrato y copia no negociable de la Póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del CONTRATANTE.

22. Exclusiones

Esta Póliza no cubre los riesgos, y por tanto la COMPAÑÍA no será responsable del pago de la indemnización señalada, cuando la Enfermedad o lesión diagnosticada, o la intervención quirúrgica de que se trate, sea efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguna de las siguientes situaciones:

Las siguientes condiciones son excluidas como cáncer:

1. Cánceres preexistentes en cualquier órgano interno y/o parte del cuerpo detectados antes de la fecha de inicio del seguro y por las que el Asegurado haya sido notificado, haya recibido tratamiento médico o consejo por un especialista con licencia para ejercer la medicina.
2. Todas las lesiones descritas como carcinoma in situ.
3. Cualquier cáncer no especificado en la póliza.
4. No será válido ningún diagnóstico hecho por un médico que sea miembro de la familia del asegurado o que viva en el mismo domicilio que éste.
5. 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).
6. Cánceres que son consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
7. Cánceres que son consecuencia de radiaciones o contaminación radioactiva proveniente de fuentes de energía nuclear o de desechos nucleares provenientes de la combustión de fuentes de energía nuclear.
8. Cánceres que son consecuencia de la exposición a propiedades radioactivas, tóxicas, explosivas o cualquier propiedad de riesgo de componentes explosivos nucleares o componentes nucleares.
9. Cualquier procedimiento médico realizado por personal sin licencia para ejercer la medicina.

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 por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0104-0761-2009 el día 26 de octubre de 2009.



PÓLIZA No. [REDACTED]

Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V. (en adelante denominada la COMPAÑIA), pagará la suma asegurada correspondiente a cada cobertura contratada, de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales y particulares de este Contrato de Seguro. El pago lo hará en sus oficinas, al propio Asegurado, o en su caso a los Beneficiarios designados, después de recibir la COMPAÑIA pruebas fehacientes de la realización de la eventualidad prevista en este Contrato, para constancia se expide la presente Póliza en la Ciudad de México, Distrito Federal, en la fecha de su emisión.

CONTRATANTE [REDACTED]

ASEGURADO [REDACTED]

DOMICILIO [REDACTED]

Fecha de Nacimiento del Asegurado	Edad del Asegurado	Fecha de Emisión	Moneda
dd / mmm / aaaa	[REDACTED]	dd / mmm / aaaa	[REDACTED]

COBERTURAS CONTRATADAS	INICIO DE VIGENCIA	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE
Estas coberturas operan con exclusiones, por lo que es conveniente revise detenidamente el clausulado de esta póliza.	dd / mmm / aaaa		

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA	PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO	TASA DE FINANCIAMIENTO POR PAGO FRACCIONADO	GASTOS DE EXPEDICIÓN	I.V.A.	PRIMA AL COBRO

ADVERTENCIA

EDADES DE CONTRATACION

Al momento de contratación de la Póliza, El ASEGURADO deberá tener entre dieciocho (18) y sesenta y tres (63) años con trescientos sesenta y cuatro (364) días.

Período de Gracia

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de esta Póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de dicho plazo.

Durante el Período de Gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si un ASEGURADO sufriera durante el transcurso del mismo, un siniestro pagadero bajo esta Póliza, la COMPAÑIA deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

CLÁUSULAS ADICIONALES Y ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA PÓLIZA

FORMA DE PAGO DE LA SUMA ASEGURADA [REDACTED]

Para su comodidad y seguridad, la renovación anual de esta Póliza y los cargos por concepto de prima, se efectuarán de manera automática en cada aniversario. En caso de que Usted no desee continuar con la protección de este seguro, deberá notificarlo a Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V., con treinta (30) días de anticipación a la fecha de la renovación que corresponda o aniversario de cobro, por escrito y en los formatos establecidos para tal efecto por Cardif México Seguros de Vida, S.A. de C.V.

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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 por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0104-0761-2009 el día 26 de octubre de 2009.