

Seguro  
contra Cáncer

CHUBB®

## Contenido

---

Beneficios Exclusivos para la Mujer	4
Beneficios Exclusivos para el Hombre	5
Definiciones	5
Cláusulas Generales	6
Exclusiones	14
Cláusula General	14

## Seguro contra Cáncer

Al verificarse la eventualidad amparada por alguna de las coberturas que se indican en la Carátula de la Póliza, Chubb Seguros México S.A., denominada en adelante la Compañía, se obliga a pagar el beneficio pactado para dicha cobertura, siempre y cuando la mencionada eventualidad se presente durante su respectiva vigencia, se cumplan las condiciones y se satisfagan los requisitos estipulados.

**Descripción de Beneficios.** La Compañía se obliga a pagar cada uno de los beneficios que se señalan a continuación, en los términos y condiciones que para cada beneficio se establece en la presente Póliza. La indemnización cubierta se pagará siempre que:

- Al Asegurado le sea diagnosticado Cáncer, con sujeción a lo establecido en esta Póliza.
- Que la Póliza del seguro haya estado en vigor por lo menos 180 días de acuerdo a lo mencionado en la cláusula de periodo de espera.
- Que la cobertura de que se trate, se encuentre descrita en la Carátula de la Póliza.

**Indemnización por Diagnóstico de Cáncer.** Si al Asegurado se le diagnostica clínicamente el Cáncer, amparado en esta Póliza y durante la vigencia de la misma, la Compañía pagará al Asegurado, la cantidad determinada en la Carátula de la Póliza, independientemente de los beneficios que tuviere contratados de conformidad con los términos y condiciones establecidos en la presente Póliza, siempre que esta cobertura aparezca en la Carátula de la Póliza y de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- En caso de tratarse de un diagnóstico clínico de Cáncer por primera vez dentro de la vigencia de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado, la cantidad determinada en la Carátula de la Póliza así como también le podrá solicitar cualquier tipo de información o pruebas médicas relacionadas con el padecimiento.
- En caso de tratarse de un diagnóstico clínico subsecuente de Cáncer, dentro de la vigencia de la Póliza, la Compañía pagará al Asegurado, la cantidad determinada en la Carátula de la Póliza solamente si se demuestra que el padecimiento es independiente al diagnosticado por primera vez dentro de la vigencia de la Póliza.

**Indemnización por Intervenciones Quirúrgicas.** Si como consecuencia del diagnóstico de Cáncer que se encuentre amparado por la Póliza y dentro de la vigencia de la misma, el Asegurado es internado en un hospital y se le realiza una intervención quirúrgica relacionada con el Cáncer diagnosticado, recomendada y realizada por un médico cirujano titulado, la Compañía pagará los gastos usuales y acostumbrados de los conceptos mencionados a continuación, hasta el monto que se establece en la Carátula de la Póliza. En caso de que en una misma incisión se efectúen más de dos y hasta cinco intervenciones quirúrgicas, se pagará únicamente la cirugía de mayor costo.

La Compañía sólo pagará hasta cinco intervenciones quirúrgicas diversas ocurridas durante la vigencia de la presente Póliza, sin exceder la suma asegurada, siempre que esta cobertura aparezca en la Carátula de la Póliza.

Los conceptos incluidos en este beneficio, son:

- a) **Indemnizaciones por productos farmacéuticos:** Los cargos que efectúe el hospital, por concepto de productos farmacéuticos y material.
- b) **Honorarios del médico cirujano** titulado que efectuó la intervención quirúrgica.

- c) **Indemnización por Sangre y Plasma:** La Compañía pagará los gastos usuales y acostumbrados por sangre y plasma de sangre.
- d) **Indemnización por Servicio de Médico Privado:** Si el Asegurado que ha sido intervenido quirúrgicamente requiere ser atendido por un Médico Privado distinto al Médico Cirujano, la Compañía pagará por cada visita personal del Médico Privado al Asegurado en el hospital y hasta un total de 100 (cien) visitas médicas durante un año.
- e) **Indemnización por Servicio de Anestesia:** La Compañía pagará hasta 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 del material y medicinas necesarias para el servicio de anestesia.
- f) **Gastos por hospitalización:** La Compañía pagará por cada día de internación los gastos usuales y acostumbrados que facture el hospital por servicios de habitación y alimentación.

**Indemnización diaria por Hospitalización.** Si como consecuencia del diagnóstico de Cáncer, amparado bajo esta Póliza y durante la vigencia de la misma, el Asegurado se interna en un hospital, la Compañía pagará el beneficio efectivo que se especifica en la Carátula de la Póliza, por cada día que se encuentre internado en el hospital y hasta un máximo de 12 meses.

En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo diagnóstico de Cáncer, separadas por intervalos no mayores a 60 (sesenta) días, cada periodo de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de computar el periodo máximo de beneficio de 12 meses, siempre que esta cobertura aparezca en la Carátula de la Póliza.

**Indemnización por Servicios de Enfermera Privada.** Si como consecuencia del diagnóstico de Cáncer, amparado bajo esta Póliza y durante la vigencia de la misma, el Médico a cargo del tratamiento requiere para el Asegurado servicio de enfermería, la Compañía pagará hasta por 60 (sesenta) días los gastos por concepto de servicios de enfermería en los que incurra el Asegurado, hasta por la cantidad establecida en la Carátula de la Póliza. Los servicios de enfermería comprenden la atención personal y el cuidado de tiempo completo, de 8 horas, exclusivo para el Asegurado. El servicio de enfermería deberá de ser proporcionado por personal calificado y legalmente autorizado para ejercer la profesión de enfermería, siempre que esta cobertura sea contratada y aparezca en la Carátula de la Póliza.

**Indemnización por Servicios de Ambulancia.** Si como consecuencia del diagnóstico de Cáncer, amparado bajo esta Póliza y durante la vigencia de la misma, el Asegurado requiere los servicios de Ambulancia terrestre, la Compañía pagará al Asegurado una indemnización de USD\$50.00 (cincuenta dólares americanos) por servicios de transporte en ambulancia al o desde el Hospital en que el Asegurado sea internado como paciente, con un máximo de dos eventos por año.

En caso de que un Médico oncólogo ordene la transportación del paciente y certifique dicha transportación a un hospital fuera de los Estados Unidos Mexicanos, por no existir hospitales con equipo o tratamiento necesario para tratar el Cáncer del Asegurado, la Compañía pagará el costo del transporte aéreo, hasta por un monto de USD\$10,000.00 (diez mil dólares americanos) con un coaseguro del 25% a cargo del Asegurado.

## **Beneficios Exclusivos para la Mujer**

---

**Apoyo Psicológico por Mastectomía Femenina.** En caso de requerirlo, la Compañía pagará el apoyo psicológico a la Asegurada a la que se le haya practicado una Mastectomía, amparada por la presente Póliza y durante la vigencia de la misma, hasta un máximo de USD\$35 (treinta y cinco dólares americanos) diarios, con un límite de 20 sesiones por cada internación hospitalaria derivada de la mastectomía, siempre que esta cobertura sea contratada y la misma aparezca descrita en la Carátula de la Póliza. Para estos efectos se considerará como una internación hospitalaria, si entre una y otra internación hospitalaria median menos de 60 (sesenta) días naturales.

**Indemnización por Reconstrucción de Senos Femeninos.** Si como consecuencia del diagnóstico de Cáncer, amparado bajo esta Póliza y durante la vigencia de la misma, la Asegurada requiere la reconstrucción del seno o senos, la Compañía pagará los gastos usuales y acostumbrados en que se incurra por este motivo hasta el límite máximo que se especifica en la Carátula de la Póliza, siempre que esta cobertura sea contratada y aparezca descrita en la Carátula de la Póliza.

La reconstrucción del seno debe llevarse a cabo por un médico especializado en la materia.

## Beneficios Exclusivos para el Hombre

---

**Apoyo Psicológico por Cirugía de Próstata.** En caso de requerirlo, la Compañía pagará el apoyo psicológico al Asegurado que tenga una cirugía de próstata amparada por la presente Póliza y durante la vigencia de la misma hasta un máximo de USD\$35 (treinta y cinco dólares americanos) diarios, con un límite de 20 sesiones por cada internación hospitalaria derivada de la cirugía de próstata, siempre que esta cobertura sea contratada y aparezca descrita en la Carátula de la Póliza. Para estos efectos se considerará como una internación hospitalaria, si entre una y otra internación hospitalaria median menos de 60 (sesenta) días naturales.

**Indemnización por servicios de Rayos X, Radio o Isótopos Radioactivos de Cobalto y Quimioterapia.** La Compañía pagará los gastos usuales y acostumbrados por servicios de Rayos X, Radio, Isótopos Radioactivos de Cobalto y Quimioterapia que se efectúen al Asegurado, como consecuencia de algún riesgo amparado por la presente Póliza y durante la vigencia de la misma, hasta por la cantidad límite establecida en la Carátula de la Póliza, siempre que esta cobertura aparezca en la Carátula de la Póliza.

## Definiciones

---

**Asegurado.** Es la persona amparada bajo la cobertura de la presente Póliza, y cuyo nombre se especifica en la Carátula de la Póliza.

**Cáncer.** La manifestación 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; incluyendo entre otras, la enfermedad de Hodgkin, leucemia, carcinoma "in situ".

**Hospital o Sanatorio.** Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

**Indemnización Diaria.** Monto pagadero por cada día de hospitalización.

**Hospitalización.** Internamiento del Asegurado en un Hospital o Sanatorio por diagnóstico, bajo el cuidado y atención de un médico, por un periodo mínimo de 24 horas continuas.

**Diagnóstico Clínico.** El informe preparado por el Médico, basado en el historial clínico del paciente, los exámenes efectuados y confirmados con el examen histopatológico o citológico.

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

Para efectos de la cobertura del seguro queda excluido el diagnóstico de Cáncer mediante el uso de Rayos X; así como, cualquier otro procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio relacionado a la Radioterapia.

**Médico.** Toda persona que esté debidamente titulada como médico y legalmente autorizada para ejercer la medicina.

**Condiciones Médicas Preexistentes.** Cualquier tipo de Cáncer o padecimiento diagnosticado o por los cuales haya tenido que consultar a un Médico o por los cuales se haya realizado un gasto, antes de la fecha de inicio de la Póliza.

**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.

**Coaseguro.** Cantidad a cargo del Asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos. Dicho porcentaje se aplicará en cada gasto procedente, de acuerdo a lo señalado en estas Condiciones Generales.

**Gastos Usuales y Acostumbrados.** Son los honorarios y gastos por atención médica que se generen por la detección y/o tratamiento del Cáncer, que no excedan los honorarios y gastos por atención médica que en la zona geográfica en que sea atendido el Asegurado sean los acostumbrados para atención médica similar, a una persona del mismo sexo, edad y un Cáncer de características similares

**Pruebas Patológicas.** 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. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos o preparaciones obtenidas por medio del sistema hemático.

## Cláusulas Generales

---

### Primas

La prima es la contraprestación a que tiene derecho la Compañía por el riesgo(s) cubierto(s) y la misma se estipula en la Carátula de la Póliza. La prima, o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado. En cada fecha de renovación, la Compañía se reserva el derecho de modificar las primas, aplicando las que se encuentren registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### Periodo de gracia

En el caso del pago total de las primas o del pago en parcialidades, el Asegurado gozará de un periodo de 30 días naturales siguientes a su vencimiento para liquidar cada prima de acuerdo con la forma de pago pactada.

Hasta en tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente o la ficha de depósito hará prueba plena del pago de primas.

### Pagos

El pago se realizará mediante cargos que realizará la Compañía de acuerdo con la periodicidad elegida por el Asegurado en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria que haya autorizado el Asegurado. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Asegurado, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o de la parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía o abonando en la cuenta correspondiente que le indique esta última. Hasta en tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente o la ficha de depósito hará prueba plena del pago de primas.

En caso de ocurrir el siniestro dentro del periodo de gracia antes señalado y si no hubiere sido pagada la prima de acuerdo a la periodicidad elegida por el Asegurado, la Compañía tiene derecho a deducir del importe reclamado la prima debida.

Se entenderán como causas imputables al Asegurado: la cancelación o cambio de número, cualquiera que sea el motivo, de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria; falta de saldo o crédito disponible; o cualquier situación similar.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente al término de dicho periodo en caso de no haberse pagado la prima correspondiente.

### **Contrato de Seguro**

Es aquel en virtud del cual la Compañía mediante la obligación del pago de una prima, pagará una suma en dinero al verificarse la eventualidad prevista y pactada por la Compañía y el Asegurado y/o Contratante, constituyendo testimonio del mismo, todos los documentos entregados por la Compañía al Contratante y/o Asegurado, como son la Póliza, los endosos, y cualquier otro documento adicional entregado por la Compañía o a la Compañía.

### **Contenido de la Póliza**

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).

### **Modificaciones**

Cualquier modificación a esta Póliza se hará por acuerdo entre el Asegurado y la Compañía por escrito, mediante los endosos o cláusulas adicionales registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

### **Plazo del Seguro**

El plazo del presente contrato será por periodos de un año siendo renovable automáticamente, salvo las situaciones estipuladas en el apartado de "Cancelación".

### **Notificaciones**

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente a su domicilio social, indicado en la Carátula de la Póliza. Las notificaciones por parte de la Compañía se harán al último domicilio que conozca del Asegurado.

### **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 Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo 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 esta Institución de Seguros.

### **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 propia 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, y dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que les 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 Institución de Seguros ubicados en la Ciudad de México.

### **Moneda**

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Asegurado a la Compañía, o de ésta al Asegurado, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago. En caso de Pólizas en moneda extranjera se conviene que los pagos que el Asegurado tenga que hacer a la Compañía o los que ésta haga a aquél por cualquier concepto con motivo de este contrato se deberán efectuar en moneda nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.

### **Edad**

Para efectos de este Contrato, la edad del Asegurado se considerará igual al número de años cumplidos que tenga, en la fecha de emisión o renovación de esta Póliza.

### **Límites de edad**

Los límites de admisión fijados por la Compañía son 16 (dieciséis) años como mínimo, 64 (sesenta y cuatro) años como máximo y 69 (sesenta y nueve) años para la renovación.

### **Beneficiarios**

En caso de muerte del Asegurado y de que la Compañía no cuente con la designación por escrito de Beneficiarios, la suma asegurada se pagará a la su sucesión legal del Asegurado de acuerdo con el Artículo 174 y 175 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

No obstante lo anterior el Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal alguna. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitir la Póliza para realizar la anotación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Compañía pagará el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios que se tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación de Beneficiarios, para lo cual deberá nombrar un Beneficiario irrevocable y comunicarlo al propio Beneficiario y a la Compañía. Dicha renuncia se hará constar en la presente Póliza, como lo previene el Artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la Suma Asegurada que se le haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

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 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

El Asegurado debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

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 deben 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 hiciere 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.

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

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

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

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes.
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

### **Cancelación**

1. El Asegurado podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito a la Compañía. La terminación anticipada no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras la Póliza estuvo en vigor y en su caso la Compañía devolverá la prima neta no devengada.

La Póliza quedará cancelada en la fecha en que la solicitud sea recibida o en la fecha especificada en la solicitud, la que sea posterior.

Si el Asegurado dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido la Póliza no estuviera de acuerdo en continuar con la misma, podrá cancelarla, por escrito, y la Compañía estará obligada a devolver la prima cobrada.

2. Automática.
  - Al concluir el periodo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima.
  - En la fecha de aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima para pertenecer al presente plan.
3. Si el Asegurado celebra con la Compañía varios contratos de seguro de este producto, de tal manera que las sumas aseguradas por cada contrato para el beneficio básico en conjunto, y sumadas rebasen la cantidad de 500,000 pesos o 50,000 dólares americanos (lo que resulte mayor) conforme al tipo de cambio que publique el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en dólares pagaderos en la República Mexicana en el Diario Oficial de la Federación, la Compañía dará por terminados uno o más de los contratos celebrados respecto a este producto específicamente, para que sólo queden vigentes uno o más contratos de este producto cuyas sumas aseguradas para el beneficio básico en conjunto no rebasen la cantidad de 500,000 pesos o 50,000 dólares americanos (lo que resulte mayor) calculados en la forma indicada anteriormente. En este caso la Compañía se obliga a devolver la prima que el Asegurado haya pagado de los seguros que se cancelan.

### **Pago del Seguro**

La Compañía estará obligada a pagar el importe de las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido todos los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Cuando se trate de un mismo evento, recaídas o complicaciones por la misma causa o por otra que con ésta se relacione, la obligación de la Compañía no excederá de las cantidades máximas establecidas para cada cobertura y que resulten de la aplicación de las reglas fijadas en los agregados de esta Póliza.

La Compañía pagará los gastos usuales y acostumbrados en la zona geográfica en la que se atiende a la persona asegurada y en que incurra el mismo por hospitalización, honorarios médicos, cirugías e intervenciones quirúrgicas de acuerdo a lo precisado en cada una de las coberturas antes mencionadas.

En todos los casos, la Compañía pagará el importe de las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato a la persona del Asegurado.

En caso de que la muerte del Asegurado se presente antes de que la Compañía liquide sus obligaciones por la reclamación de alguna de las coberturas antes mencionadas, la Compañía pagará de acuerdo a lo establecido en la cláusula de "Beneficiarios".

### **Periodo de Pago del Beneficio**

Mientras se mantenga la vigencia ininterrumpida de la Póliza para cada asegurado, los gastos por cada reclamación se continuarán pagando hasta agotar la Suma Asegurada.

Si esta Póliza no se renueva, los gastos erogados por conceptos de padecimientos o tratamientos iniciados en vigencias anteriores con la Compañía, se cubrirán hasta que se agote el remanente de la Suma Asegurada correspondiente a la vigencia en la que se erogó el primer gasto o hasta el límite de tiempo mencionado en cada una de las coberturas de la Póliza, contados a partir de la fecha del primer gasto erogado, lo que ocurra primero.

### **Periodo de Espera de los Beneficios**

Se establece un "Periodo de espera" que tendrá una duración de 180 días, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. **Si dentro de dicho periodo de espera la persona asegurada resulta afectada por algún padecimiento de Cáncer, la suma asegurada contratada para dicho beneficio no será otorgada.**

**Este “periodo de espera” será aplicable únicamente el primer año en que se contrata la Póliza. Salvo para Cáncer del aparato respiratorio a consecuencia de tabaquismo, el cual tendrá un periodo de espera de 1 (un) año, una vez transcurrido este periodo de espera, quedará cubierto.**

**Si la Póliza es rehabilitada como consecuencia de que alguna prima no fue cubierta en el periodo establecido, se establecerá un nuevo periodo de espera de igual duración a partir del momento de la rehabilitación**

### **Renovación**

Las coberturas contratadas que aparecen indicadas en la Carátula de la Póliza o en algún endoso, serán renovables al término de cada anualidad, sin necesidad de solicitud o autorización por escrito del Asegurado, debiendo cubrir el Asegurado la nueva prima que se determine para cada renovación. Estas coberturas estarán vigentes mediante la obligación del pago de las primas y hasta el límite de edad establecido anteriormente, salvo lo estipulado en el apartado de “Cancelación”.

### **Rehabilitación**

En caso de que la Póliza se hubiere cancelado por falta de pago de las primas, el Asegurado podrá rehabilitar la Póliza, en los mismos términos y condiciones pactados, durante los siguientes 60 días contados desde la última fecha de pago de primas para el caso en que el Asegurado haya efectuado al menos un pago de primas. En el caso en que el Asegurado no haya realizado ningún pago de primas podrá rehabilitar la Póliza, en los mismos términos y condiciones pactados, durante los siguientes 90 días contados desde la última fecha de pago de primas; respetando para ambos casos la vigencia originalmente pactada mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Solicitar el trámite de rehabilitación vía telefónica.
- b) Cubrir el importe de la prima por el periodo en que la Póliza haya estado cancelada, conforme a las bases registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas vigentes a la fecha de rehabilitación.

La Compañía considera rehabilitada la Póliza en el momento en que quede efectuado el pago de primas mencionado en el inciso b) de esta cláusula.

Transcurrido los términos que se marca en la presente cláusula, no es procedente la rehabilitación

### **Ajuste por Edad**

Cuando de la comprobación de la edad resulte:

1. Que la edad verdadera del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía:
  - a) Si es mayor a la declarada, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponda a la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
  - b) Si es menor a la declarada, la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de rembolsar la diferencia que exista entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
  - c) Cuando con posterioridad a la muerte del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la manifestada por el Asegurado, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real, la que se calculará de acuerdo con las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

2. Que la edad real del Asegurado se encuentre fuera de los límites de admisión autorizados por la Compañía.

En este caso el Contrato de Seguro quedará rescindido y la Compañía lo comunicará por escrito al Asegurado, reduciéndose su obligación a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a la presente Póliza en la fecha de rescisión, calculada según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### **Aviso**

Cualquier evento que pueda originar una indemnización en los términos de esta Póliza, deberá ser notificado por escrito a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha de su realización.

### **Pruebas**

Todas las indemnizaciones al amparo de esta Póliza, deberán ser reclamadas con las formas que para tal efecto proporcione la Compañía. En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indiquen. Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener y las que solicite la Compañía relativas a la realización del siniestro.

El Asegurado autoriza a la Compañía para tener acceso y realizar cualquier tipo de solicitud con sus médicos tratantes, Hospitales o Historiales médicos.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes, datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Compañía practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Compañía de cualquier responsabilidad u obligación derivadas de esta Póliza y de la realización del evento, ya sea el Asegurado o cualquier otro de los Beneficiarios quien haya incurrido en las conductas descritas.

La Compañía podrá conservar los diagnósticos, estudios, radiografías, análisis, encefalogramas, electrocardiogramas, certificaciones de expedientes, facturas e historias clínicas, y los demás elementos probatorios aportados por el reclamante, resulte o no procedente la Indemnización.

### **Entrega de Información**

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro a través de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el Seguro
2. Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto
3. A través de la página de Internet **chubb.com/mx**, Fax, Correo Electrónico

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos **800 006 3342** en la Ciudad de México o al **800 006 3342** para el resto de la República, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet **chubb.com/mx**, obtenga las condiciones generales de su producto.

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante, deberá comunicarse a los teléfonos **800 006 3342** en la Ciudad de México o al **800 006 3342** para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la Póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

## Exclusiones

---

### Este contrato no cubre:

1. **Enfermedades distintas al Cáncer.**
2. **No se pagará ningún beneficio que se base en un diagnóstico 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.**
3. **Al Asegurado si este tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o si fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Así como infecciones oportunistas y carcinoma maligno (tumor).**  
Las infecciones oportunistas incluyen, pero no se limitan, a neumosiastitis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica e infecciones diseminadas por hongos.
4. **El sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección de VIH o SIDA.**
5. **Cualquier tipo de Cáncer de la piel, a menos que se trate de melanomas malignos.**
6. **Tumores que sean considerados como premalignos.**
7. **Cáncer cérvico uterino “in situ”. (Esta exclusión opera únicamente para el beneficio de indemnización por el Diagnóstico de Cáncer).**
8. **Cualquier internación a un lugar que no sea un Hospital o sanatorio.**
9. **La Compañía no estará obligada a pagar cantidad alguna al Asegurado en caso de alguna condición médica preexistente de Cáncer.**

## Cláusula General

---

Será causa de terminación anticipada del presente contrato, sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por un juez por delitos contra la salud (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso que el Asegurado obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite el Asegurado y/o el Contratante y la Póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la aseguradora rehabilitará el contrato, con efectos retroactivos por el periodo que quedó el Asegurado al descubierto, debiendo el Asegurado cubrir las primas que haya dejado de pagar, restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

Así mismo se incluye la siguiente exclusión en el apartado correspondiente.

### Exclusión

**Quedan excluidos los riesgos amparados en el presente contrato: Si el Asegurado fuere condenado mediante sentencia por delitos contra la salud, (narcotráfico), encubrimiento y/o operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo y/o delincuencia organizada en**

**territorio nacional o en cualquier país del mundo, con el que México tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien es mencionado en la Lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.**

**Aviso Corto de Privacidad Chubb Seguros México, S.A.**, con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 250, Edificio Capital Reforma, Torre Niza, Piso 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los que serán utilizados para las siguientes finalidades: analizar la emisión de Pólizas de Seguros y pago de siniestros, integración de expediente, contacto, auditoría externas para emisión de dictámenes de nuestra Compañía, así como para el ofrecimiento promoción y venta de diversos productos financieros y cumplimiento de obligaciones legales. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección <https://www2.chubb.com/mx-es/>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de junio de 2023, con el número CNSF-S0039-0116-2023 / CONDUSEF-005756-02.

## **Contacto**

---

Av. Paseo de la Reforma 250  
Torre Niza, Piso 7  
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc  
C.P. 06600, Ciudad de México

Tel.: 800 223 2001