



ENDOSO DE COBERTURA ADICIONAL DE CANCER.

Cobertura adicional

Aplica en caso de haber sido contratada y se encuentra especificada en la carátula de la póliza o consentimiento certificado.

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones aplicarán para todas y cada una de las secciones contenidas en la presente póliza de seguro.

La Aseguradora

Aserta Seguros Vida, S.A. de C.V. Grupo Financiero Aserta.

Siniestro

Es la realización de la eventualidad prevista en este contrato amparada por las diferentes coberturas a que se refiere esta póliza.

Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, diagnosticada por un Médico Titulado y legalmente autorizado

Enfermedades Preexistentes

Entendiéndose por éstas a padecimientos y/o enfermedades que se hubieren manifestado o se haya declarado antes del inicio de la vigencia del contrato de seguro en la Aseguradora o en cualquier otra Aseguradora bajo condiciones similares, que previamente a la celebración del contrato:

a) Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento

médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Accidente

Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. No se considerarán accidentes las lesiones corporales sufridas intencionalmente por el Asegurado.

Médico

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

Hospital

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

Período de Espera

Es el lapso de tiempo que debe transcurrir desde el inicio de vigencia de la póliza para que el asegurado pueda reclamar las sumas aseguradas por las coberturas amparadas en el presente beneficio que así lo señalen.

Diagnóstico de Cáncer

Es el análisis que debe basarse únicamente sobre el criterio de protocolo aceptado de ser maligno, y basado en el estudio de su composición histológica, integrando un diagnóstico clínico que deberá respaldarse con pruebas de patología.

Cáncer

Se entenderá como cáncer, al conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, que puede ser mediante la presencia de uno o más tumores caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales (metástasis), dentro de estos, se incluye el Linfoma (Enfermedad de Hodgkin) y Leucemia

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.

Fractura

Lesión traumática de un hueso caracterizada por interrupción de la continuidad del tejido óseo.

Fractura Múltiple Cerrada

Fractura caracterizada por presentar varias líneas de separación en un hueso o fractura de varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo sin rompimiento o traspaso de la piel.

Fractura Múltiple Expuesta

Fractura caracterizada por presentar varias líneas de separación en un hueso o fractura de varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo que además rompe o traspasa la piel.

Fractura Incompleta Cerrada

Es la fractura en la cual no hay separación de fragmentos y no presenta rompimiento o traspaso de la piel.

Fractura Incompleta Expuesta

Es la fractura en la cual no hay separación de fragmentos y rompe o traspasa la piel.

Quemaduras de Segundo Grado

Quemaduras que afectan a una profundidad más allá de la epidermis causando la formación de ampollas.

Quemadura de Tercer Grado

Quemaduras que destruyen por completo todas las capas de la piel.

I.II ENFERMEDADES GRAVES

La compañía se compromete a pagar al asegurado la suma asegurada contratada, en caso que al asegurado le sea diagnosticada por primera vez, durante la vigencia del contrato de seguro, en forma positiva, la enfermedad grave contratada, en los términos y condiciones previstos para enfermedad y hasta la suma asegurada estipulada expresamente en la carátula de la póliza o en el certificado.

Para efectos de esta cobertura, será necesario que el diagnóstico de la enfermedad grave se haya efectuado por primera vez después de transcurrido un periodo de espera de 30 días.

Si la enfermedad grave se diagnostica durante el “periodo de espera” del presente contrato, esta no será objeto de cobertura del presente contrato.

El asegurado podrá contratar para efectos de este beneficio alguna o todas las enfermedades graves que a continuación se enlistan:

CÁNCER

Siempre y cuando en la carátula de la póliza se indique esta cobertura como amparada la compañía, pagará por una sola vez, la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la Póliza, si se le diagnostica, clínica e histopatológicamente, cáncer.

La indemnización para esta enfermedad, se pagará siempre que:

- 1) **Al Asegurado le sea diagnosticado el cáncer por primera vez.**
- 2) **Si el asegurado no contrae cáncer dentro de la vigencia del seguro, la cobertura concluirá sin obligación para la Compañía.**
- 3) **Una vez que la Compañía haya pagado la Suma Asegurada contratada por motivo de siniestro, la cobertura quedará sin efecto.**

EXCLUSIONES PARTICULARES A LA COBERTURA DE CÁNCER

A esta cobertura le serán aplicables las siguientes exclusiones:

- a) **Cirugías que hayan debido realizarse para llegar al diagnóstico positivo, lo cual incluye biopsias o aspiraciones.**
- b) **En caso de habersele diagnosticado a la persona asegurada la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de vigencia de la póliza o durante el periodo de espera. (Esta exclusión no aplica una vez el asegurado sea médicamente declarado libre de células anormales por un periodo de cinco o más años consecutivos después del diagnóstico inicial).**
- c) **Tumores descritos históricamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: carcinoma-in-situ**

de seno, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como nic i, nic ii, y nic iii (neoplasia intracervical). Lesiones por hpv (human papiloma virus).

- d) Cáncer de piel diferente del melanoma maligno.**
- e) Cualquier tipo de cáncer originado en los órganos reproductores, como puede ser, tratándose de mujeres, cáncer en: senos, ovarios, trompas de falopio, útero y cérvix, y tratándose de hombres, cáncer en: pene, testículos y próstata.**
- f) Cáncer en órgano(s) afectado(s) por metástasis.**
- g) Enfermedad de hodgkin y linfomas.**
- h) El sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección de vih y sida.**
- i) Cualquier tipo de cáncer “in situ”**
- j) Enfermedades distintas al cáncer.**

CÁNCER DE GÉNERO (DCAN)

Siempre y cuando en la carátula de la póliza se indique esta cobertura como amparada la compañía, pagará por una sola vez, la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la Póliza, si se le diagnostica, clínica e histopatológicamente, el cáncer amparado bajo esta póliza.

Cáncer de género (Cáncer en órganos reproductores)

Para efectos de este beneficio, se entenderá como órganos femeninos, los siguientes:

- Senos (uno o ambos).
- Ovarios (uno o ambos).
- Trompas de falopio (una o ambas).
- Útero.
- Cérvix.
- Vagina o vulva.

La indemnización por diagnóstico positivo será pagadero por una sola vez, por cada uno de los órganos femeninos objeto de cobertura.

Para efectos de este beneficio, se entenderá como órganos masculinos, los siguientes:

- Pene
- Testículos

- Próstata

La indemnización por diagnóstico positivo será pagadero por una sola vez, por cada uno de los órganos masculinos objeto de cobertura.

EXCLUSIONES PARTICULARES A LA COBERTURA DE CÁNCER DE GÉNERO

A esta cobertura le serán aplicables las siguientes exclusiones:

- a) Cirugías que hayan debido realizarse para llegar al diagnóstico positivo, lo cual incluye biopsias o aspiraciones.
- b) En caso de habersele diagnosticado a la persona asegurada la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de vigencia de la póliza o durante el periodo de espera. (esta exclusión no aplica una vez el asegurado sea médicamente declarado libre de células anormales por un periodo de cinco o más años consecutivos después del diagnóstico inicial),
- a) Tumores descritos históricamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma-in-situ de seno, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como nic i, nic ii, y nic iii (neoplasia intracervical). lesiones por hpv (human papiloma virus).
- c) Cáncer de piel diferente del melanoma maligno.
- d) Cualquier tipo de cáncer originado en otro órgano no cubierto por la presente póliza o en caso de cáncer diagnosticado sobre un órgano cubierto, pero que sea producto de metástasis, independiente de que tal metástasis provenga de cáncer diagnosticado sobre un órgano estando éste cubierto o no.
- e) Cáncer en órgano(s) afectado(s) por metástasis.
- f) Enfermedad de hodgkin y linfomas.

- g) El sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección de VIH y sida.
- h) Cualquier tipo de cáncer “in situ”
- i) Enfermedades distintas al cáncer.

III. EXCLUSIONES GENERALES

Exclusiones aplicables a todas las coberturas contratadas.

Este beneficio no ampara enfermedades o accidentes que sufra el asegurado, cuando sean anteriores a la contratación del seguro, conocida o no o tengan su causa, consistan en, o sean consecuencia, directa o indirecta, total o parcial, de:

- a) Todos los eventos relacionados directa o indirectamente con la participación del Asegurado en acto delictuoso o empresa criminal de cualquier tipo. Así como peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- b) Prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo.
- c) Enfermedades o accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado. Se considerará estado de embriaguez cuando el hospital de cómo diagnóstico “intoxicación etílica”.
- d) Las lesiones por dedicarse el asegurado a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados como de alto riesgo, tales como, pero no limitados a: buceo, inmersión submarina, alpinismo, caza, tauromaquia,

escalada en roca, montañismo, espeleología, paracaidismo, vuelo udelta, parapente, planeadores, rafting, rappel, kayaking, puenting, bungee jumping o caída libre, motociclismo, boxeo, lucha, rodeo, equitación, charrería, polo, artes marciales, jet-ski, deportes de invierno, tiro, motonáutica, automovilismo, carreras de vehículos motorizados o personas que se dediquen profesionalmente a un deporte.

- e) Los accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas o vehículos similares.
- f) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición o desafío notoriamente peligroso, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave particular en todos los tipos de servicios y vuelos tales como: aerotaxis, o uso de aviones privados, charter's, aviones de recreo, planeadores. Entonces, procederá la indemnización sólo en aquellos casos en que el Asegurado viaje en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
- h) Enfermedades o condiciones médicas preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de la incorporación del Asegurado a la póliza, según corresponda.

- i) Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado.
- j) Enfermedades o Accidentes que resulten ser a consecuencia de lesiones que se cause a sí mismo el Asegurado, incluyendo la tentativa de suicidio o el suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- k) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados.
- l) Anomalías congénitas y todo lo que se relacione, directa o indirectamente, con ellas.
- m) Enfermedades que tengan su origen o que sean consecuencia de evento(s) ocurrido(s) con anterioridad al inicio de vigencia de la cobertura o durante el periodo de espera.
- n) Cualquier clase de enfermedad que no sea de las expresamente señaladas en la presente póliza.
- o) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), infección del virus de inmunodeficiencia humana (H.I.V.). Queda comprendido dentro de esta exclusión cualquier gasto o actividad encaminada al diagnóstico, tratamiento curativo o preventivo así como las secuelas o consecuencias directas o indirectas de estas enfermedades.
- p) Infección oportunista o neoplasma maligno, si en el momento de la enfermedad o del accidente, el asegurado tuviere el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o fuere sero-positivo al vih (virus de inmunodeficiencia humana). Las infecciones oportunistas incluyen, pero no están limitadas a, neumonía, pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi, linfoma del sistema nervioso central.
- q) Causa de muerte ante la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- r) Lesión intencionalmente infringida por el asegurado, así como, suicidio o cualquier intento de suicidio, sea este voluntario o involuntario, consciente o inconsciente.
- s) Lesiones o padecimientos causados por fisión o fuerza radioactiva o química.
- t) Lesiones o padecimientos causados por el uso o escape de materiales nucleares que resulten en reacción nuclear directa o indirectamente o contaminación radiactiva, así como la dispersión, derramamiento o aplicación de materiales químicos o biológicos tóxicos siempre que cincuenta (50) o más personas mueran por estas causas o sufran daños físicos en los noventa (90) días calendario contados desde la fecha del accidente.
- u) Diagnóstico de alguna enfermedad de las cubiertas por este seguro, efectuado por alguna persona de la familia del asegurado, independientemente del grado o tipo de familiaridad existente (consanguinidad, afinidad o único civil) o que resida en la misma casa del asegurado sea o no medico profesional.
- v) Diagnóstico o tratamientos efectuados por acupunturistas, homeópatas u otros prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su denominación y que no ostente la calidad de médico profesional con cédula para la especialidad de que se trate.
- w) Alcoholismo, drogadicción, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamientos para los mismos.

IV. PROCEDIMIENTO DE INDEMNIZACIÓN

Para hacer efectivo el pago del Beneficio por parte de la Aseguradora, el reclamante deberá presentar a la Aseguradora, los siguientes documentos:

- Forma de reclamación de siniestro debidamente requisitada y firmada.
- Copia de Identificación oficial vigente del Asegurado. Para tales efectos, se considerarán como identificación oficial cualquiera de los siguientes documentos: pasaporte, credencial de elector, cédula profesional, cartilla del servicio militar.
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad.
- El informe médico y los documentos que se relacionan a continuación para cada enfermedad o padecimiento.

De manera enunciativa más no limitativa, los documentos para comprobar la enfermedad cubierta son:

- Resultado de anatomía patológica.
- Electrocardiogramas (lectura y trazado) durante la hospitalización.
- Resultado de medición de enzimas cardíacas.
- Certificado del médico especialista
- Descripción quirúrgica del procedimiento.
- Historia clínica del médico especialista que efectuó la cirugía.
- Descripción quirúrgica del procedimiento.
- Otros exámenes practicados, o cualquier otro documento que ayude para la determinación de la causa del siniestro.

La compañía se reserva el derecho de pedir algún otro documento que ayude a soportar la reclamación.

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

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

“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 03 de Febrero de 2016, con el número BADI-S0118-0008-2016”

ASERTA SEGUROS VIDA, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO ASERTA
Periférico Sur no. 4829, Edificio Torre Jade 701 y 702,
Col. Parque del Pedregal, Del. Tlalpan, C.P. 14010,
México, D.F.
Lada sin costo: 01 800 911 0900
www.asertavida.com.mx