



HIR Compañía de Seguros
Hermes 28, Col. Crédito Constructor. Alc. Benito Juárez, C.P. 03940
Tels: (55) 5262 1780 | 800 (SEGUHIR) 7348 447
www.hirseguros.mx

COBERTURAS ADICIONALES DE CÁNCER PARA SEGURO DE GRUPO

Febrero 2011

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

1. Compañía

HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

2. Contratante

Persona física o moral, que solicita la celebración del contrato para sí y/o para una tercera persona, y que se compromete a realizar el pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que se estipulan en la póliza.

3. Médico

Profesionista titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que cuenta con la certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para diagnosticar las enfermedades que ampara este contrato.

4. Cáncer

Para efectos de estas coberturas, se entiende por cáncer o neoplasia maligna, aquella enfermedad en la que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático.

5. Metástasis

Es la diseminación a otros órganos y tejidos, por vía linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis.

6. Cáncer In Situ

El cáncer in situ es un crecimiento de células cancerosas localizado, que al momento de ser extirpado quirúrgicamente se quita todo y que en el estudio histopatológico se describe a la pieza quirúrgica con bordes libres de células tumorales y/o in situ.

7. Diagnóstico de Cáncer

Para efectos de estas coberturas, se entiende que el diagnóstico del cáncer debe basarse por el estudio usando microscopio y clasificando las células

observadas, firmado por un anatómo patólogo certificado por el Consejo Mexicano de Patología.

8. Diagnóstico Clínico

Para efectos de estas coberturas, se entiende como diagnóstico clínico el informe preparado por el médico, basado en el historial clínico del paciente, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.

9. Primer Diagnóstico

Para efectos de estas coberturas, se entiende como primer diagnóstico, aquel diagnóstico clínico de cáncer que se haya dictaminado al Asegurado para determinar por primera vez la existencia de cualquier tipo de cáncer, en cualquier parte del cuerpo.

10. Cáncer Preexistente

Se considera como cáncer preexistente aquél:

- a. Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o
- b. Haya sido diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
- c. Por el que previamente a la fecha de inicio de vigencia, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

El criterio que se aplica para considerar los incisos a) y b), es la existencia de un diagnóstico médico en el cual se haga constar que la enfermedad tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza.

11. Periodo de Espera

Para efectos de estas coberturas, se entiende como el tiempo que debe transcurrir contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, el cual es de 90 días naturales.

Si dentro de este periodo de espera, el Asegurado resulta afectado por algún padecimiento de cáncer, la suma asegurada contratada no se otorga. El periodo de espera es aplicable únicamente durante el primer año en que se encuentren vigentes estas coberturas.

12. Periodo al Descubierto

Para efectos de estas coberturas, se entiende como el lapso de tiempo durante el cual la póliza no está pagada. Inicia en el momento que el contrato cese en sus efectos por falta de pago de la prima correspondiente (considerando el periodo de gracia para realizar el pago) y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada por solicitud de rehabilitación.

13. Cáncer de Mujer

Para efectos de estas coberturas, se considera por cáncer de mujer a los siguientes:

- a. Cáncer cervicouterino: Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).
- b. Cáncer de mama: Es la afectación del tejido mamario por la presencia de tumores de células malignas con un crecimiento desordenado y que puede afectar diferentes partes de la glándula mamaria.
- c. Cáncer de ovarios: Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.

14. Cáncer de Hombre

Para efectos de estas coberturas, se considera por cáncer de hombre a los siguientes:

- a. Cáncer de próstata: Es la presencia de tumores compuestos por células malignas en glándula prostática.
- b. Cáncer de testículos: Es el crecimiento desordenado de células malignas que afectan el tejido testicular formando tumores.

15. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el contrato que dé origen el pago de la indemnización cubierta.

II. COBERTURAS

1. Cobertura por Primer Diagnóstico

Si durante la vigencia de la póliza, al Asegurado se le realiza un primer diagnóstico de cualquiera de los tipos de cáncer establecidos en este contrato como cáncer de mujer o cáncer de hombre, la Compañía paga la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a. Que al Asegurado se le diagnostique clínicamente el cáncer, después del período de espera establecido.
- b. Que se realice la comprobación del diagnóstico de acuerdo con la cláusula que corresponda.

Una vez que se ha presentado el primer diagnóstico sujeto de esta cobertura, y con independencia de que la Compañía quede obligada o no al pago de la indemnización en los términos del contrato, esta cobertura queda cancelada de forma definitiva, sin la posibilidad de reinstalarse en el año de vigencia en que ocurra el evento ni en las subsecuentes renovaciones.

2. Cobertura de Fallecimiento por Cáncer

La Compañía paga a los beneficiarios designados en una sola exhibición, la suma asegurada contratada para esta cobertura y conforme a estas condiciones generales, cuando reciba las pruebas fehacientes, tanto del hecho y la causa del fallecimiento del Asegurado, así como de los derechos del reclamante, siempre y cuando el fallecimiento sea a causa directa de un cáncer cubierto o sus complicaciones, exclusivamente para esta cobertura adicional.

III. EXCLUSIONES

Queda excluido de ambas coberturas, lo siguiente:

- a. Primer diagnóstico o fallecimiento por cualquier enfermedad distinta al cáncer, según corresponda a cada cobertura adicional.
- b. El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como, cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado con la radioterapia.
- c. Cáncer in situ.
- d. Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se base en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado en patología o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.
- e. Cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados como premalignos y cualquier clase de cáncer no invasivo (quedan amparados los melanomas malignos).
- f. Cualquier tipo de cáncer en la tiroides.
- g. El cáncer del aparato respiratorio durante el primer año de contratación de la póliza, una vez transcurrido este tiempo queda amparado. Este período es aplicable únicamente el primer año en que se contrata la cobertura.
- h. Cualquier tipo de cáncer diagnosticado dentro del periodo de espera. Si dentro de este período el Asegurado resulta afectado por algún padecimiento de cáncer, la suma asegurada contratada no se otorga. Este período es aplicable únicamente el primer año de vigencia.

IV. CONDICIONES PARTICULARES

1. Comprobación

Para que la Compañía pague la suma asegurada de la(s) cobertura(s) contratada(s), el Asegurado o sus Beneficiarios deben presentar ante la Compañía un diagnóstico avalado por un estudio histopatológico realizado por un patólogo certificado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho diagnóstico.

En el caso de la cobertura de Primer Diagnóstico de cáncer de mujer o cáncer de hombre, la Compañía tiene derecho, a su costa, de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico. En caso de que el Asegurado se niegue a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía queda liberada de la responsabilidad de pago de la indemnización.

2. Suma asegurada

Es el monto de la indemnización que la Compañía debe pagar al Asegurado o sus Beneficiarios, una vez que ocurra la eventualidad cubierta por estas coberturas y que el Asegurado o sus Beneficiarios hayan acreditado su derecho legal y la procedencia del pago conforme a los términos del presente contrato.

La suma asegurada contratada para cada una de las coberturas debe estar estipulada en la carátula de la póliza.

En el caso de que el Asegurado desee realizar un incremento de la suma(s) asegurada(s) contratada(s), debe solicitarlo por escrito a la Compañía, aceptando someterse al proceso de selección y aprobación que la compañía le indique.

En caso de que la compañía no quede obligada al pago de la indemnización correspondiente en los términos del contrato, se devuelve según corresponda al Asegurado o sus Beneficiarios el importe de la prima de riesgo no devengada a la fecha de cancelación de la cobertura que corresponda.

3. Periodo al Descubierto

No procede el pago de reclamaciones por el cáncer cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante algún período al descubierto. Al momento de originarse un período al descubierto, el Asegurado pierde la antigüedad que haya generado. Para la rehabilitación de la póliza de seguro el Asegurado debe cubrir el pago de la prima correspondiente, cumplir nuevamente con el proceso de selección y aceptación que indique la Compañía y con el periodo de espera, indicado en las definiciones.

4. Edades de Aceptación

Para efectos de estas coberturas, se considera como edad del Asegurado los años cumplidos que tenga a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones. Las edades de aceptación para estas coberturas son las que tenga la cobertura básica del seguro a cuya póliza se agreguen estas coberturas.

V. CONDICIONES GENERALES

Al tratarse de Coberturas Adicionales que pueden contratarse de forma opcional y ligadas a un producto de seguro de grupo que la Compañía tenga registrado, las cláusulas generales de dicho contrato son las que apliquen a estas coberturas adicionales, agregándose únicamente las Definiciones, Coberturas, Exclusiones y Condiciones Particulares descritas en los apartados anteriores.

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 9 de febrero de 2011 con el número BADI-S0091-0100-2010/ CONDUSEF G-01701-001