

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA FAMILIAR POR CÁNCER.

I. DEFINICIONES

1. CONTRATANTE

Es la persona física o moral con la que se celebra el contrato de seguro, y tiene la responsabilidad del pago de la prima del mismo.

2. ASEGURADO

Se considera como tal al Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos.

3. ASEGURADO TITULAR

Se considera como tal a la persona que aparece registrada como Asegurado Titular en la solicitud de seguro y firma la misma, la cual forma parte de este contrato.

4. DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Se consideran como tales al Cónyuge o Concubina(o) del Asegurado Titular, así como los hijos del mismo siempre que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años de edad.

5. CÓNYUGE

Se considera como tal a la persona legalmente casada con el Asegurado Titular, antes del inicio de vigencia del contrato de seguro o de su renovación.

6. CONCUBINA (O)

Se considera como tal a la persona que ha vivido en unión libre con el Asegurado Titular, quienes estando en aptitud de contraer matrimonio entre sí, no lo han celebrado en los términos que la ley señala y hacen vida en común de manera notoria y permanente, por el período mínimo establecido por la ley que resulte aplicable, antes del inicio de vigencia del contrato de seguro o de su renovación. No es necesario el transcurso del período mencionado cuando, reunidos los demás requisitos, tengan un hijo en común.

7. HIJOS

Se consideran como tales a los descendientes consanguíneos en primer grado y a los adoptados registrados legalmente, antes del inicio de vigencia del contrato de seguros o de su renovación.

8. DIAGNÓSTICO

Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundamentándose en los síntomas y signos de la misma

9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Dictamen que sobre una enfermedad efectúa un médico de la especialidad, apoyándose en elementos directos como la evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

10. CERTIFICACIÓN MÉDICA

Confirmación de un diagnóstico realizada por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente, mediante el diagnóstico clínico respectivo.

11. CÁNCER

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y propagación de células malignas, la invasión de tejidos incluyendo la metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo entre otras la enfermedad de Hodgkin, leucemia (excepto la Leucemia linfocítica crónica) y el cáncer "In Situ".

Metástasis: Es la diseminación a órganos distantes de un tumor primario maligno o cáncer que ocurre generalmente por vía sanguínea o linfática.

Cáncer In Situ: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado sin presentar propagación de células malignas a órganos distantes.

12. CÁNCER CUBIERTO

Para los efectos de este contrato, sólo se considerará el cáncer que le sea diagnosticado al Asegurado por primera vez, mediante un diagnóstico clínico y bajo la certificación médica de un Médico Oncólogo, siempre que no se encuentre dentro de las exclusiones estipuladas bajo este contrato de seguro.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

13. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Se entenderá por diagnóstico de cáncer como la identificación del cáncer fundamentándose en los síntomas y signos del mismo, mediante un diagnóstico clínico y bajo la certificación médica de un Médico Oncólogo.

14. LA COMPAÑÍA

Se entendera como tal a General de Seguros, S.A.B.

15. SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima que está obligada a pagar la Compañía, en caso de indemnización de alguna cobertura amparada con motivo de un siniestro cubierto, misma que aparece expresada en la póliza de seguro contratada.

16. BENEFICIARIO

Para los efectos de esta póliza, se entiende por "BENEFICIARIO" la persona o personas designadas como tales por el Asegurado en la solicitud requisitada para la celebración de este contrato, o los que en su caso, designe posteriormente como titulares de los derechos indemnizatorios que en la póliza se establecen.

17. PRIMA

Es la aportación económica que ha de satisfacer el Contratante y/o Asegurado a La Compañía, en concepto de contraprestación por la cobertura del riesgo que ésta le ofrece.

18. ENDOSO

Documento legal mediante el cual el Contratante y/o Asegurado pacta con La Compañía la modificación de las condiciones contractuales de la póliza emitidas inicialmente.

19. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, 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.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

20. MÓDULOS DE PROTECCIÓN

Paquetes de aseguramiento diseñados con base en los integrantes de la familia a asegurar.

21. BENEFICIO ADICIONAL

Protección complementaria a la cobertura de fallecimiento por cáncer.

II. OBJETO DEL CONTRATO

La Compañía pagará al beneficiario designado por el Asegurado la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para la cobertura de fallecimiento por cáncer, o en su caso, pagará al propio Asegurado la suma asegurada estipulada para el beneficio adicional de indemnización por diagnóstico de cáncer, después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa que dio origen a la realización de la eventualidad cubierta, siempre que la póliza se encuentre en vigor al momento de la realización del siniestro y la eventualidad no se encuentre excluida por el contrato.

Mediante esta póliza de Seguro de Vida Familiar por Cáncer, el Asegurado Titular puede hacer participe de los beneficios amparados por la misma a sus Dependientes Económicos según convenga a su situación familiar e intereses, ya que podrá contratar módulos de protección de acuerdo con sus necesidades de aseguramiento familiar, mediante el pago de una prima anual fija por módulo la cual considera las edades de todos los integrantes de la póliza.

La Compañía entregará al Asegurado un ejemplar

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

de la póliza de seguro y de las presentes condiciones generales.

La Compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de La Compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

III. COBERTURA DE FALLECIMIENTO POR CÁNCER.

1. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía pagará al beneficiario designado por el Asegurado la suma asegurada contratada para esta cobertura, si estando en vigor la póliza, el Asegurado fallece a consecuencia de cáncer cubierto en los términos estipulados en este contrato de seguro.

En caso de fallecimiento de cualquier Asegurado integrante de la póliza de Seguro de Vida Familiar por Cáncer, ésta quedará en vigor hasta la fecha de terminación de su vigencia, o en su caso, hasta el fallecimiento de todos los Asegurados descritos en la misma, lo que ocurra primero.

En caso de fallecimiento de algún Asegurado Dependiente, queda establecido que el beneficiario designado será el Asegurado Titular, de acuerdo con lo estipulado en la solicitud del Seguro de Vida Familiar por Cáncer.

2. PERIODO DE ESPERA

Para el inicio de la protección bajo esta cobertura se establece un periodo de espera de 120 (ciento veinte) días naturales, contados a partir del inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación.

Dicho periodo de espera no se aplicará en la renovación de la póliza, siempre que dicha renovación sea consecutiva sin periodos al descubierto.

3. SUMAS ASEGURADAS

La suma asegurada para cada Asegurado quedará especificada en la carátula de la póliza y/o endosos correspondientes.

La suma asegurada para el Cónyuge o Concubina(o), será el equivalente 100 (cien) por ciento de la suma asegurada asignada al Asegurado Titular.

La suma asegurada para cada Hijo Asegurado, será el equivalente al 60 (sesenta) por ciento de la suma asegurada asignada al Asegurado Titular.

La suma asegurada para los Asegurados menores de 12 (doce) años será como máximo 60 (sesenta) UMA (Unidad de Medida y Actualización) mensuales vigentes en la Ciudad de México y se indemnizará bajo el concepto de gastos funerarios.

4. EXCLUSIONES

El beneficio otorgado por esta cobertura no aplicará cuando la eventualidad cubierta resulte como consecuencia de:

- a) Leucemia linfocítica crónica.
- b) Cualquier tumor benigno o con crecimiento pre-maligno dictaminado por el Médico Oncólogo como diagnóstico final.
- c) Cualquier cáncer de piel, excepto melanoma maligno.
- d) Cualquier cáncer no melanoma a menos de que exista metástasis.
- e) Cualquier tumor en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH o SIDA.
- f) Cualquier cáncer cuyos síntomas y signos se hayan manifestado y diagnosticado dentro de los 120 (ciento veinte) días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, o a la fecha de rehabilitación de la misma.
- g) Cualquier cáncer cuyos síntomas y signos se hayan manifestado y diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, o a la fecha de rehabilitación de la misma.
- h) Cualquier cáncer cuyos signos y síntomas se hayan manifestado y diagnosticado posteriormente al cáncer diagnosticado por primera vez durante la vigencia de la póliza.
- f) Cualquier cáncer cuya causa sea a consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes.

IV. CLÁUSULAS GENERALES.

1. CONTRATO

La solicitud de seguro, la carátula de la póliza, las condiciones generales, los endosos que se expidan en su caso y las declaraciones proporcionadas por el Asegurado, constituyen en su conjunto el contrato de seguro celebrado entre La Compañía y el Asegurado.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

2. MODIFICACIONES

Las condiciones generales de esta póliza sólo pueden modificarse mediante endosos o cláusulas adicionales que para tal efecto se registren en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y previo acuerdo entre La Compañía y el Asegurado, siendo agregadas a la póliza y firmadas por un funcionario autorizado.

En consecuencia ningún agente de seguros, ni cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, podrá cambiar o modificar en ninguna de sus partes el presente contrato.

3. MEDIOS DE IDENTIFICACIÓN

El uso de los medios de identificación que en su caso se establezcan de manera específica en el presente contrato para la celebración de las operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privadas o públicas, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia tendrán el mismo valor probatorio.

A través de dichos medios de identificación, podrá gestionar modificaciones o la extinción de derechos y obligaciones, conforme a la regulación en materia de seguros.

4. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (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.

5. CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia, ocupación, viajes y/o género de vida, posteriormente a la contratación de la Póliza.

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del

riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista emitida en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

6. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante y/o Asegurado a La Compañía, o de ésta al Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente al momento del pago.

7. EDAD

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

La edad máxima de admisión y renovación autorizada por La Compañía es de 65 (sesenta y cinco) años, cancelándose automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a la

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 66 (sesenta y seis) años.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar fehacientemente antes o después del fallecimiento del Asegurado. En el primer caso La Compañía hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el siniestro por el fallecimiento del Asegurado.

Si al hacer la comprobación de edad se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y está fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, La Compañía en este caso, rescindirá el contrato y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

Si la edad verdadera del Asegurado difiere de la edad declarada pero se encuentra dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las reglas contenidas en el Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que a la letra dice:

- 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 empresa Aseguradora 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 empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a solicitar la devolución de lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- c) Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

- d) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas siguientes deberán reducirse de acuerdo con esta edad real;

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

8. DISPUTABILIDAD

La Compañía podrá rescindir de pleno derecho este contrato de seguro si durante los 2 (dos) primeros años de vigencia del mismo, contados a partir de su fecha de inicio de vigencia indicado en la carátula de la póliza o de su última rehabilitación, el Asegurado o el Contratante hubieran incurrido en omisiones o inexactas declaraciones, sobre los hechos importantes que se responden en los cuestionarios proporcionados por La Compañía para la emisión o rehabilitación de la póliza, y que son base para la apreciación del riesgo amparado por la misma, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Por lo anterior, el Contratante y los Asegurados al formular las propuestas del seguro están obligados a declarar por escrito a La Compañía, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato.

Si el Asegurado, en un momento posterior a la fecha de vigencia o rehabilitación, presenta cualquier tipo de pruebas de asegurabilidad que requiera La Compañía para la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional, tales inclusiones o incrementos serán disputables durante 2 (dos) primeros años. Después de transcurrido ese período, serán indisputables en la misma forma que todo el resto de la póliza.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

9. LIQUIDACIÓN

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente a la cobertura contratada al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dicha cobertura.

La prima anual vencida, o la parte faltante de la misma que no hubiere sido pagada, así como cualquier adeudo derivado de este contrato, serán deducidos de la liquidación correspondiente.

10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Al momento de la reclamación por el fallecimiento de algún Asegurado, será obligación de los beneficiarios presentar la siguiente documentación básica, más los documentos y/o requisitos que la Compañía considere necesarios para el análisis de la misma, de acuerdo a lo ordenado por el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

- a) Del Asegurado fallecido:
- Acta de defunción
 - Acta de nacimiento
 - Identificación oficial
- b) Del Beneficiario:
- Declaración de Beneficiarios, requisitada y firmada por ellos.
 - Identificación oficial
 - Acta de nacimiento
 - Acta de matrimonio
(Únicamente si el beneficiario es el Cónyuge)

ARTÍCULO 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La compañía pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios o al propio Asegurado, en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

11. BENEFICIARIOS

Para los efectos de esta póliza, se entiende por beneficiario la persona o personas designadas como tales por el Asegurado en la solicitud requisitada para la celebración de este contrato, o los que en su caso, designe posteriormente.

El Asegurado tiene derecho a nombrar o cambiar beneficiarios, notificando por escrito a La Compañía la nueva designación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, La Compañía pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberada de las obligaciones contraídas en esta póliza.

El Asegurado puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, comunicándolo por escrito al beneficiario y a La Compañía, quien lo hará constar en la póliza, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de beneficiario irrevocable.

Cuando no exista beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado; la misma regla se observará si solo se hubiere designado a un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera designación de nuevo beneficiario, salvo que se hubiera designado beneficiario irrevocable.

Si existiendo varios beneficiarios falleciera alguno de ellos con anterioridad al Asegurado, el porcentaje de la suma asegurada que le haya sido designada, se distribuirá por partes iguales a los sobrevivientes, salvo estipulación en contrario.

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.

ADVERTENCIA: El Asegurado en el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguros como el instrumento

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la Suma Asegurada.

12. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Al momento de la reclamación del pago de la indemnización por los beneficios amparados en esta póliza, según sea el caso, los beneficiarios o el Asegurado, deberán presentar la siguiente documentación básica, más los documentos y/o requisitos que La Compañía considere necesarios para el análisis de la misma:

A) Fallecimiento del Asegurado por Cáncer:

- a) Del Asegurado fallecido:
- Acta de defunción
 - Acta de nacimiento
 - Identificación oficial
 - Historia Clínica (copia)
 - Diagnóstico Clínico y Certificación Médica expedidos por un Médico Oncólogo.
- b) Del Beneficiario:
- Identificación oficial
 - Acta de nacimiento
 - Acta de matrimonio
(sólo si el beneficiario es el Cónyuge)

B) Diagnóstico de Cáncer al Asegurado:

- a) Del Asegurado con diagnóstico de cáncer:
- Acta de nacimiento
 - Identificación oficial
 - Historia Clínica (copia)
 - Diagnóstico Clínico y Certificación Médica expedidos por un Médico Oncólogo.

En su caso, La Compañía se reserva el derecho de confirmar el diagnóstico a través de un médico nombrado específicamente por la misma.

La Compañía pagará la indemnización correspondiente a los beneficiarios o al

Asegurado, en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

13. PÉRDIDA DEL DERECHO A SER INDEMNIZADO

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas:

- a) Si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o sus representantes con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir dichas obligaciones.
- b) Si hubiere en el siniestro dolo o mala fe del Asegurado, el beneficiario o de sus respectivos causahabientes.
- c) Si se demuestra que el Asegurado, beneficiario o sus representantes con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que La Compañía solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

14. PRIMAS

La prima total de esta póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la póliza y en su caso, la tasa de financiamiento por el pago de la prima fraccionada en parcialidades. Anualmente se cobrará adicionalmente a la prima del seguro, un recargo fijo por concepto de administración, mismo que se establece en la Nota técnica correspondiente registrada en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El Asegurado deberá pagar la prima anual al momento de inicio de vigencia de las coberturas y durante el plazo de pago estipulado en la carátula, salvo que este contrato se dé por terminado antes de cumplirse este plazo.

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

Los pagos deben de hacerse a través de los medios que establece La Compañía a cambio de un recibo expedido por la misma.

Artículos 34, 35, 36, 37, 38 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 34.- La prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización del riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Artículo 36.- Las primas ulteriores a la del primer período del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo período.

Artículo 37.- La prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Artículo 38.- En caso de que se convenga el pago de la prima en forma fraccionada, cada uno de los períodos deberá ser de igual duración.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. (Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros). Si el Asegurado opta por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas excepto la primera, vencerá al comienzo del periodo que corresponda, si el pago no se ha realizado los efectos del contrato cesarán automáticamente, salvo por lo establecido en aquellos planes que tengan la cláusula de PAGO AUTOMÁTICO DE PRIMAS, la cual establece que en caso de que se suspenda el pago de la prima se dispondrá del fondo en administración.

En caso de incumplimiento del pago en cualquiera de sus modalidades, el Contrato se resolverá de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

El contratante podrá elegir que la forma de pago sea mediante el cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito, de débito o mediante descuento por nómina, para lo cual el asegurado deberá dar su consentimiento para el cargo correspondiente a través del Formato de Cargo a Tarjeta. En el caso del Descuento por Nómina, el asegurado hará del conocimiento al empleador su autorización para que se realice el descuento de la prima del seguro a través del Formato Descuento por Nómina. La efectividad de dicho pago no será responsabilidad de la Compañía, si al momento de realizar el cargo, la Institución Bancaria o Empresa no autoriza o no acepta dicho cargo, en este caso, el Asegurado podrá cubrir directamente en las oficinas de La Compañía el importe de las primas correspondientes.

El estado de cuenta o recibo de nómina en el que aparezca el cargo realizado de las primas hará prueba plena de pago hasta en tanto La Compañía no emita el recibo correspondiente.

15. REHABILITACIÓN

Cuando los efectos del contrato cesen por falta de pago de primas, el Asegurado podrá rehabilitarlo en cualquier época durante el periodo de la cobertura, respetando la vigencia originalmente pactada, siempre que reúna las condiciones de asegurabilidad requeridas por La Compañía, que lo solicite por escrito y que se obligue a cumplir el plan de pagos que se fije para el efecto. El contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que La Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la solicitud de rehabilitación correspondiente.

16. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Se podrá renovar esta cobertura por uno o más periodos iguales al originalmente contratado, sin necesidad de nuevas pruebas de asegurabilidad siempre que su edad en la fecha del aniversario respectivo no exceda la edad máxima de aceptación establecida en la carátula de la póliza y hasta la suma asegurada alcanzada.

Si la póliza es renovada, las condiciones generales aplicables, incluyendo la prima al cobro, serán las que en el momento de la renovación se encuentren

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

vigentes y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Asimismo, se establece que no se puede condicionar la continuidad de la atención del siniestro a la renovación de la póliza.

17. COMUNICACIONES

Para cualquier operación e información respecto del presente contrato, puede acudir a General de Seguros, S.A.B. en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México, en el área de Atención a Clientes, de lunes a viernes en un horario de 7:45 a las 15:15 horas, o bien en las oficinas regionales de la Compañía, cuyo domicilio puede consultar en www.generaldeseguros.mx

18. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán (Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro):

- I. En 5 años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En 2 años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán 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 los casos ordinarios, si no también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

19. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante, asegurado y/o Beneficiario podrán hacer valer sus derechos a su elección ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía, o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de

los Usuarios de Servicios Financieros. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

20. PRECEPTOS LEGALES

Los preceptos legales que se citan en el presente contrato de seguro, puede consultarlos en la página web www.generaldeseguros.mx

21. FACULTAD DEL ASEGURADO PARA SOLICITAR INFORMACIÓN RESPECTO A LA COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTAS

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de Comisiones o Compensaciones Directas, corresponda a los Agentes y demás personas físicas o morales que hayan intervenido en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

22. LOCALIZACIÓN UNE Y CONDUSEF

Localización de Unidad Especializada de Atención a Usuarios e Información de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su Seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Seguros, S.A.B. a los teléfonos 555278.8883, 555278.8806 y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México. Y/o al correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx; o visite www.generaldeseguros.mx; También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 555340.0999 y 800 99.98080. asesoria@condusef.gob.mx; www.condusef.gob.mx

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

23. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

La Compañía únicamente proporcionará información de la póliza a las personas autorizadas por el Contratante en forma expresa para establecer comunicación directa con La Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza y en caso de que algún Asegurado, Beneficiario pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a La Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del Contratante.

24. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En el 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 cantidad procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dice:

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, 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;

La Compañía únicamente proporcionará información de la póliza a las personas autorizadas por el Contratante en forma expresa para establecer comunicación directa con La Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza y en caso de que algún Asegurado, Beneficiario pretenda hacerlo, podrá acudir directamente a La Compañía, o podrá llevar a cabo dicho trámite por conducto del Contratante.

En el 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 cantidad procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dice:

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, 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;

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

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 365 (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 (mil) a 15000 (quince mil) Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el Artículo 278 de esta Ley, 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."

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

25. ENTREGA DE LA PÓLIZA

Una vez aceptada la solicitud de seguro la Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del contrato de seguro a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1.- De manera Personal al contratar el seguro
- 2.- Envío a domicilio, por los medios que La Compañía utilice para tales efectos.

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

La Compañía hará entrega al Asegurado o Contratante, de la documentación a que hace mención el párrafo que antecede, en un plazo no mayor a 30 días naturales, contados a partir de la contratación del seguro, a través del medio elegido por el Asegurado o Contratante. No obstante lo anterior, las condiciones generales de la presente póliza pueden ser consultadas en la página WEB: www.generaldeseguros.mx

Para cancelar la póliza o solicitar que la misma no se renueve el Contratante, deberá comunicarse a través del correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx o al teléfono 55 52 70 80 00.

V. VIGENCIA DEL CONTRATO.

Inicio del Contrato: A las 12:00 horas de la fecha de inicio vigencia que aparece en la carátula de la póliza del seguro.

Terminación del Contrato: Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 horas de la fecha correspondiente:

- a) **Al cumplirse el plazo del seguro que aparece en la carátula de la póliza de seguro.**
- b) **Al fallecimiento del asegurado.**
- c) **Al cancelarse por falta de pago de la prima. En este caso, la vigencia del contrato finalizará el día en que se hayan devengado por completo las primas pagadas, en cuyo caso, La Compañía no se obliga a notificar al Contratante de la cancelación del contrato.**
- d) **Al cancelarse a solicitud del Contratante.**

CLIENTE	SUC.	RAMO	PÓLIZA

BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER
(Operará si aparece estipulado en la póliza de seguro)**1. DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO**

La Compañía pagará al propio Asegurado la suma asegurada contratada para este beneficio, si estando en vigor la póliza, al Asegurado le es diagnosticado cáncer cubierto en los términos estipulados en este contrato de seguro.

En caso de indemnización por diagnóstico de cáncer a cualquier Asegurado integrante de la póliza de Seguro de Vida Familiar por Cáncer, este beneficio se cancelará para el Asegurado en cuestión.

En caso de indemnización por diagnóstico de cáncer a algún Asegurado Dependiente, queda establecido que la indemnización se realizará al Asegurado Titular, de acuerdo con lo estipulado en la solicitud del Seguro de Vida Familiar por Cáncer.

2. PERIODO DE ESPERA

Para el inicio de la protección bajo este beneficio se establece un periodo de espera de 120 (ciento veinte) días naturales, contados a partir del inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación.

Dicho período de espera no se aplicará en la renovación de la póliza, siempre que dicha renovación sea consecutiva sin periodos al descubierto.

3. SUMAS ASEGURADAS

La suma asegurada para cada Asegurado quedará especificada en la carátula de la póliza y/o endosos correspondientes.

La suma asegurada para el Cónyuge o Concubina(o), será el equivalente al 100 (cien) por ciento de la suma asegurada asignada al Asegurado Titular.

La suma asegurada para cada Hijo Asegurado, será el equivalente al 60 (sesenta) por ciento de la suma asegurada asignada al Asegurado Titular.

4. EXCLUSIONES

El beneficio otorgado por esta cobertura no aplicará cuando la eventualidad cubierta resulte como consecuencia de:

- a) Leucemia linfocítica crónica.
- b) Cualquier tumor benigno o con crecimiento pre-maligno dictaminado por el Médico Oncólogo como diagnóstico final.
- c) Cualquier cáncer de piel, excepto melanoma maligno.
- d) Cualquier cáncer no melanoma a menos de que exista metástasis.
- e) Cualquier tumor en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH o SIDA.
- f) Cualquier cáncer cuyos síntomas y signos se hayan manifestado y diagnosticado dentro de los 120 (ciento veinte) días siguientes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, o a la fecha de rehabilitación de la misma.
- g) Cualquier cáncer cuyos síntomas y signos se hayan manifestado y diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, o a la fecha de rehabilitación de la misma.
- h) Cualquier cáncer cuyos signos y síntomas se hayan manifestado y diagnosticado posteriormente al cáncer diagnosticado por primera vez durante la vigencia de la póliza.
- i) Cualquier cáncer cuya causa sea a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radioactiva.
- j) Cualquier cáncer cuya causa sea a consecuencia de enfermedades y/o padecimientos preexistentes.

5. TERMINACIÓN DEL BENEFICIO

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Al terminar la vigencia de la póliza de seguro de la cual este beneficio forma parte.
- b) Al cancelarse la póliza de seguro de la cual este beneficio forma parte.
- c) Al cancelarse este beneficio a solicitud del Contratante.
- d) En el aniversario inmediato posterior de la póliza de seguro en que el Asegurado haya cumplido la edad de 66 años.
- e) Para el Asegurado en cuestión, al otorgarle La Compañía la indemnización correspondiente por este beneficio.

Condiciones Generales del Seguro de Vida Familiar por Cáncer.

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 23 de Junio de 2009 con el número CNSF-S0009-0122-2009 / CONDUSEF-001454-02, del día 18 de Enero de 2010 con el número CNSF-S0009-0098-2010 / CONDUSEF-001456-02, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016.