SOLICITUD

Seguro Individual de Cáncer para Hombres

Tipo de moneda: ☐ Quetzales ☐ Dólares Otra Moneda: _____

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
Primer apellido	Segundo apellido	
Tipo de documento de identificación:	Número de documento de identificación:	
Nacionalidad:	Otra nacionalidad:	Fecha de nacimiento(dd/mm/aa): Edad:
Lugar de nacimiento:	NIT:	Estado civil:
Sexo: M	Correo electrónico / e-mail:	

Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia otro.)

Zona:	Municipio:	Departamento:
No. de celular:	Teléfono de casa:	Teléfono de oficina:
Ocupación o empleo actual:		Lugar de trabajo:
Fecha de solicitud del seguro:		Actividad del Solicitante:

2.1 CUADRO DE BENEFICIOS

Cobertura Principal	Suma Asegurada

2.2 ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES

Anexo(s)	Suma Asegurada

3. FORMA DE PAGO/INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN

Periodicidad de pago: _____ Prima a pagar: _____
Facturar a nombre de: _____ NIT: _____
Dirección: _____

4. BENEFICIARIOS

Designación de Beneficiarios:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

5. Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos

5.1	El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente ***(PEP):**	Si ☐	No ☐
5.2	Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente **(PEP)***/	Si ☐	No ☐
5.3	Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente **(PEP)***/	Si ☐	No ☐
5.4	El solicitante actúa en nombre propio:	Si ☐	No ☐
5.5	Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
5.6	Ingresos mensuales:		

***(PEP):** Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que por su perfil están expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

*/ Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

6. DECLARACIÓN DE SALUD

		NO	SI
A)	¿Ha padecido usted, en los últimos 10 años, algún tipo de cáncer, tumor, quiste o crecimiento?		
B)	¿Padece alguna enfermedad grave actualmente?		
C)	¿Alguno de sus padres biológicos, hermanos o hermanas han desarrollado o muerto a causa de cáncer antes de haber cumplido 65 años?		

En caso de cualquier respuesta afirmativa, utilice los siguientes renglones para dar detalles (diagnóstico, fecha de diagnóstico, estudios realizados, resultados, evolución, tratamiento, secuelas, etc.)

_____

_____

_____

7 ENVIÓ DE LA PÓLIZA

Enviar la póliza: _____

8 DECLARACIONES ADICIONALES

1. Tengo conocimiento que Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.
2. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.
3. Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud autorizo:
   I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
   II. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

Con la firma de esta solicitud autorizo a Aseguradora Rural, S.A., a:

a. Que pueda efectuar la renovación automática de la Póliza.
b. Que me envíen la Póliza, Anexo(s) contratado(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan, por medio de comunicación electrónica o por el medio convenido.

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____
Firma del Solicitante

Nombre: _____ Número de identificación: _____

9. AUTORIZACIÓN

Yo: _____

Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida:

☐ Caja ☐ Deposito monetario ☐ Depósito Ahorro ☐ Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta débito

Otra: _____

Banco	Número de cuenta	Fecha de débito:

Tarjeta de Crédito/Débito:

Número de tarjeta	Banco emisor	Fecha de vencimiento mes y año	Fecha de débito:

_____

f) Firma del Solicitante

Número de documento de identificación: _____

Lugar: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Seguro Individual de Cáncer para Hombres

En consideración de la Solicitud de Segur o para esta Póliza, ASEGURADORA RURAL, S. A., con domicilio en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, en adelante "*la Aseguradora*", de acuerdo a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o los Anexos de la presente Póliza, que han sido convenidos de buena fe, celebra este contrato de seguro.

No. de póliza _____ Fecha de emisión: _____

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado:	
Dirección del Asegurado:	
Fecha de nacimiento:	Edad:

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS

2.1 COBERTURA PRINCIPAL

Cobertura Principal	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de Espera

2.2 ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura Incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de Espera/Deducible/Días máximos por año

2.3 SERVICIOS ADICIONALES

3. VIGENCIA, PRIMA

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha de fin de vigencia: _____
Prima anual a pagar: _____ Moneda: _____
Periodicidad de pago: _____ Valor de prima fraccionada: _____

4. BENEFICIARIOS (si aplica)

Designación de Beneficiarios:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

En caso ocurriere el fallecimiento de algún beneficiario antes que el Asegurado, la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá entre los restantes.

Aseguradora Rural, S.A, pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales de la Póliza. El pago se hará al Asegurado o a beneficiario(s) designado(s) por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en esta póliza siempre y cuando se encuentre en vigor. La mora en el pago de la prima convenida en la póliza o anexos que se emitan con fundamento en la póliza, producirá la terminación automática de la misma.

Se entenderá que existe mora cuando hayan transcurridos 30 días después de finalizada la fecha de vencimiento de cada pago.

Aseguradora Rural, S.A., podrá efectuar la renovación automática de esta Póliza.

Quedan cubiertos los tipos de cáncer indicados en las Condiciones Generales siempre y cuando haya transcurrido el período de espera indicado.

Se adhieren a esta Póliza, los siguientes documentos: Condiciones Generales, Anexos contratados y Condiciones Particulares, que serán enviados por medio comunicación electrónica o descargándolos en la página web de Aseguradora Rural, S.A.: _____

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____
Aseguradora Rural, S.A.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CONDICIONES GENERALES
Seguro Individual de Cáncer para Hombres

1. CONTRATO
La Solicitud, la Carátula de la Póliza, estas Condiciones Generales, y cualquier Anexo que se adhiera a la Póliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

2. ESTIPULACIÓN LEGAL
El Asegurado al recibir la Póliza debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dice textualmente: "En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el Contatante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último".

Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.

3. OBJETO DEL CONTRATO
Mediante este seguro La Aseguradora se compromete a cubrir los riesgos mencionados en estas Condiciones Generales y sus Anexos, y a indemnizar al Asegurado o su(s) beneficiario(s) la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por esta Póliza y hasta por la suma asegurada indicada como límite en la Carátula de la Póliza.

4. DEFINICIONES
Anexo: Es el documento que se adhiere a una póliza de seguro en el que se modifican las Condiciones Generales y/o adicionan coberturas al plan del seguro.

Asegurado: Es la persona individual que queda cubierto en esta póliza.

Cáncer in situ: Grupo de células anormales que permanecen en el mismo lugar en el que se formaron.

Cáncer primario: Es aquel cáncer que no ha sido diagnosticado, ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza. Término que se usa para describir el tumor original o primero en el cuerpo.

Carcinoma: Cáncer que empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos.

Clasificación de Cáncer TNM: Sistema de estadificación del cáncer de mayor uso:

- T: Se refiere al tamaño y extensión del tumor principal, el tumor principal se llama cáncer primario.
- N: Se refiere a la extensión del cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos.
- M: Se refiere si el cáncer se ha metastatizado, es decir si ha tenido metástasis. Esto significa que el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo.

- T2: Tumor grande, pero limitado al órgano de origen.
- NO: No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
- MO: El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Histopatología: Estudio de las células y el tejido enfermo bajo un microscopio.

Metástasis Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó originalmente a otra parte del cuerpo. Cuando ocurre una metástasis, las células cancerosas se separan del tumor original (primario), viajan a través del sistema sanguíneo o linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos del cuerpo.

Mora: La falta de pago en el plazo acordado, de cualquier cuota o pago mínimo establecido que corresponda a la obligación que tiene el Asegurado con la Aseguradora.

Padecimiento preexistente: Es aquél cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.

Período de Espera: Tiempo comprendido entre la primera fecha de inicio de vigencia de la Póliza y el momento que entra en vigor la cobertura de Cáncer. El período de espera aplica para el primer año de vigencia de la póliza.

Vigencia: Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efecto las coberturas. Dicho período comienza a las cero horas del día de inicio y termina a las 24 horas del día de finalización de la vigencia de la indicada en la Carátula de la Póliza.

5. COBERTURA

5.1 Riesgo Cubierto:

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la Carátula de la póliza, después del período de espera de indicado en la caratula de la póliza y dentro de la vigencia de la póliza, si se le diagnóstica por primera vez la siguiente enfermedad:

Cáncer: La presencia de una enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante normal.

El diagnóstico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico o citológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito. El cáncer debe haber progresado al menos a una Clasificación TNM T2N0M0, desarrollado por la "Unión Internacional contra el Cáncer", o alguna clasificación equivalente.

Los Cánceres primarios cubiertos en esta póliza, y descritos en la Carátula de la Póliza son los siguientes: Próstata, Testículo, Hígado, Estómago, Colon, Recto, Pulmón.

Bajo las coberturas de esta póliza no se cubrirá lo siguiente:

- Los tumores benignos.
- Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma "in situ" o aquellos considerados por estudio histológico como "pre-malignos" cáncer de próstata "in situ".
- Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza o durante el período de espera.
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección de virus inmunodeficiencia humana (VIH) o Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA).

- Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.
- 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 se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.
- No serán cubiertos los tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ o melanoma in situ.

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

- Al Asegurado no se le haya diagnosticado Cáncer antes del inicio de vigencia de la Carátula de la póliza.
- Sea el primer diagnóstico de Cáncer primario cubierto en esta Póliza.
- La Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente ya sea al Asegurado o a sus beneficiarios, siempre y cuando el Asegurado haya sobrevivido un período de treinta (30) días contados a partir de la fecha de dicho diagnóstico cubierto por esta póliza.

5.2 Exclusiones:

Ningún beneficio será pagadero en relación a esta póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionada como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

1. Omisión de la búsqueda de información o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
2. Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio por más de 13 semanas consecutivas en cualquier período de 12 meses)
   En el caso de que se juzgue curable cualquiera de las condiciones cubiertas por medio de manipulación, sustitución, deleción genética, vacunación o cualquier otro tipo de tratamiento médico o similar, tal condición ya no será válida.
3. Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
4. El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) o presencia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
5. No tendrá cobertura si ha padecido y/o presentados síntomas, que no podrían pasar desapercibidos, propios de la condición cubierta, con fecha anterior al inicio de vigencia la Carátula de la Póliza sin importar si estaba enterado del diagnóstico o no.

6. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la Carátula de la Póliza.

La suma asegurada para la cobertura principal a partir de los 65 años se reducirá un 50% de la suma asegurada contratada. Para el Asegurado que ingrese a la póliza antes de cumplir 60 años de edad, no aplicara la reducción de suma asegurada para la cobertura principal.

7. PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA

7.1 Pago de prima: La prima es la retribución o precio del seguro y conforme a la ley debe pagar en el momento de la celebración del contrato y en el lugar estipulado en la Carátula de la Póliza.

7.2 Período de gracia: El Asegurado gozará de un período de gracia de treinta (30) días corridos, contados a partir de la fecha de pago, para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones de la prima pactada.

08. BENEFICIARIOS:

El Asegurado puede nombrar uno o más beneficiarios y tiene derecho a cambiarlos cuantas veces lo desee, sin necesidad del

consentimiento de los mismos.

09. VIGENCIA, RENOVACIÓN, REHABILITACIÓN

09.1 Vigencia de la Póliza: La vigencia de la póliza será la indicada en la carátula.

9.2 Renovación: Al finalizar el plazo de vigencia podrá ser renovado automáticamente por la Aseguradora conforme las tarifas y las sumas aseguradas de cada cobertura en vigor al momento de cada una de las renovaciones, siempre dentro de los límites de aceptación de cada cobertura.

9.3 Rehabilitación: En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de una prima por la Aseguradora, rehabilitará la cobertura, previo análisis, clasificación y aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora.

10. MODIFICACIONES

Toda solicitud de modificación deberá hacerse por escrito a la Aseguradora. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Aseguradora, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones a las condiciones de la póliza. Toda notificación al Asegurado se realizará por escrito en la dirección que aparece en la carátula de la póliza.

11. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado indicada en la solicitud o cualquier otro documento relacionado con el seguro otorgado por esta Póliza, acerca de cualquier circunstancia, que aminore el concepto de gravedad del riesgo o cambie el objeto de este, dará lugar a la terminación del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

12. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad, dan derecho a la Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro, pero dicho derecho caduca si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos (2) años a partir de la fecha de su perfeccionamiento.

Esta Cláusula aplica para todas las coberturas indicadas en esta póliza y las que se incluyan por medio de anexos.

13. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR CÁNCER

Aviso de Reclamación

El aviso por escrito del padecimiento de cáncer primario cubierto en esta póliza, sobre el cual pueda establecerse una reclamación, debe realizarse mediante un formulario de reclamación y deberá ser entregado prontamente a la Aseguradora, y en todo caso, dentro de los 15 días de haberse incurrido en cualquier gasto médico relacionado con el diagnóstico de dicha enfermedad.

El aviso dado por o en nombre del reclamante a la Aseguradora con datos suficientes para identificar al Asegurado, se considerará como aviso a la Aseguradora.

Prueba de Ocurrencia de Cáncer

La evidencia sobre la ocurrencia de Cáncer cubierto por la Póliza debe ser sustentada por:

a. Médico especialista, colegiado activo en Guatemala. No aplicaran como médicos especialistas el Asegurado, su respectiva pareja, cónyuge o familiar.
b. Investigaciones confirmatorias, incluyen, pero no estén limitadas a evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.
c. Original o copia certificada del estudio patológico que indique el diagnóstico definitivo de cáncer cubierto en esta póliza, mismo que deberá estar firmado y sellado por el médico especialista en patología humana, así como membretado por la institución que lo elabore.

d. Los médicos de la Aseguradora podrán corroborar la ocurrencia del evento asegurado.

La Aseguradora se reserva el derecho de requerir a el Asegurado que se someta a un examen médico u otras pruebas razonables para confirmar la ocurrencia del evento en cuestión y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación.

La falta de envió de aviso de la reclamación dentro de los 15 días estipulados anteriormente, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible.

Pago de la Aseguradora

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del diagnóstico por primera vez del cáncer primario realizado después del período de espera y ocurrido durante la vigencia de la Carátula de la Póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente ya sea al Asegurado o a sus beneficiarios, siempre y cuando el Asegurado haya sobrevivido un período de treinta (30) días contados a partir de la fecha de dicho diagnóstico cubierto por esta póliza. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso.

La Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora.

14. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

a. Si el Asegurado presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación.
b. Si el Asegurado, no puede probar la ocurrencia del siniestro.
c. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y Anexos de la póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

15. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN

El Asegurado estará obligada a:

a. Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por la Aseguradora de manera que pueda comprobarse el derecho a un beneficio con respecto a las coberturas; y
b. Suministrar cualquier documentación adicional que la Aseguradora pueda requerir para su comprobación.

16. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura de la póliza finaliza:

a. Cuando el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de cobertura.
b. Al finalizar el plazo de terminación. de la Póliza.
c. Al Fallecimiento del Asegurado.
d. Después del pago total de la suma asegurada correspondiente a esta cobertura.
e. Por falta de pago de prima.
f. A solicitud del Asegurado.

17. TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante el término de vigencia del contrato, el Asegurado podrá dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince días de aviso previo dado a la contraparte. La prima no devengada será devuelta al Asegurado conforme las tarifas respectivas.

18. PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

18.1 Negociación: Las partes acuerdan que cualquier controversia que resulte de este Contrato o que guarde relación con el mismo, relativo a su interpretación, incumplimiento,

resolución o nulidad se intentará resolver por negociación entre las Partes.

18.2 Conciliación: En caso de que las partes no pudieran resolver su conflicto mediante negociación, lo resolverán por mediación en los Centros de Mediación del Organismo Judicial de Guatemala que se encuentran en el territorio nacional. El Centro de Mediación competente será el más cercano a la Aseguradora.

18.3 Tribunales de la República de Guatemala: En caso en que no se pueda resolver por mediación, se resolverá ante los tribunales de la República de Guatemala. Los tribunales competentes son los de la Ciudad de Guatemala.

19. NOTIFICACIONES

Toda notificación a la Aseguradora deberá efectuarse en las oficinas de esta ubicadas en la dirección que aparece en la Carátula de Póliza, mientras que al Asegurado en la dirección que hubiere consignado en la Carátula de la Póliza, teniéndose por bien hechas y válidas, las que allí se les formulen, en tanto no notifiquen por escrito a la otra parte de cualquier cambio de las direcciones indicadas.

20. MONEDA

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar la misma está indicada en la Carátula de la Póliza, y son liquidables en la moneda en que fue contratada la misma.

21. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones a la Aseguradora.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO
VIDA
Seguro Individual de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

1. Cobertura

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) de esta cobertura cuando el Asegurado fallezca por enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza, la suma asegurada establecida en la Carátula de la Póliza.

Se cubrirá el fallecimiento a causa de cualquier enfermedad, siempre y cuando haya transcurrido el período de espera indicado en la caratula de la póliza contado a partir del inicio de vigencia, establecida en la Carátula de la Póliza.

2. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido antes de que hubiesen transcurrido dos (2) años desde la celebración del contrato, la Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización convenida, sino únicamente a la devolución de las primas percibidas.

3. Indisputabilidad

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad, dan derecho a la Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro, pero dicho derecho caduca si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos (2) años a partir de la fecha de su perfeccionamiento.

4. Límites de Admisión

Los límites de edad aparecen consignados en la Carátula de la Póliza.

5. Edad:

Si se declaró inexactamente la edad del asegurado, la Aseguradora solo podrá dar por terminado el contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora.

Si la edad real del asegurado estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora y como consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se hubiera fijado una prima menor o mayor, la suma asegurada a pagarse será la que corresponda al importe que el asegurador hubiere asegurado, según sus tarifas vigentes al celebrarse el contrato, de acuerdo con la prima efectivamente pagada.

Si la edad de la Asegurada fuere inferior a la declarada y ello se descubre en vida, ésta podrá optar entre lo dispuesto en el párrafo anterior o la devolución de la prima no devengada.

Para el cálculo mencionado se aplicarán las tarifas que hubieran estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

6. Exclusiones:

Ninguna cobertura y Anexo será pagadero con relación a esta Póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

a) Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas (medie o no declaración de guerra), guerra civil, golpe militar, actos de terrorismo, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación

de poder, ley marcial, amotinamiento, disturbio, conmoción civil, alboroto popular, levantamientos.

b) Participación en fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.
c) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
d) Ingesta de drogas diferentes a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
e) Actos delictivos cometidos, en calidad de autor, cómplice, encubridor.
f) Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:
   I. El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
   II. Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.
   III. El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de acuerdo con un programa de vuelos publicado.

7. Procedimiento en caso de reclamación

7.1 Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En todo momento del reclamo, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar la Póliza original, Certificado de defunción del Asegurado, Certificado de nacimiento del Asegurado, Documento de identificación personal del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del fallecimiento.

7.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la Póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, y estén completos los requisitos contractuales, y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora.

7.3 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por la Aseguradora.

8. Terminación de Cobertura

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

a. Cualquiera de las condiciones estipuladas en la cláusula 16 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de cobertura.
c. Al finalizar el plazo de la Póliza.
d. Al fallecimiento del Asegurado.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO
SERVICIOS MÉDICOS
Seguro Individual Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

Son los servicios médicos cubiertos cuando el Asegurado sufra un accidente o enfermedad no preexistente, y sean prescritos por un Médico Colegiado siendo estos: Consultas médicas, Exámenes de laboratorio e Imágenes Diagnósticas, estipulados en este Anexo y serán prestados exclusivamente por la red de proveedores de la Aseguradora, y en ningún caso se realizarán reembolsos al Asegurado por dicho conceptos.

Por medio del presente Anexo se hace constar que la presente póliza se extiende a cubrir mediante el pago de la prima correspondiente, los Servicios Médicos descritos a continuación:

Programa de Beneficios

2. PAGO DE LA PRIMA

La prima correspondiente por los Servicios Médicos está incluida en la prima total de la póliza, a la cual se adhiere el presente anexo.

3. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la carátula de la póliza.

4. LÍMITE GEOGRÁFICO

Las Consultas médicas, Exámenes de laboratorio e Imágenes Diagnósticas, se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

5. PERÍODO DE ESPERA

Los Servicios Médicos descritos en el presente anexo, podrán ser utilizados después de haber transcurrido el periodo de espera que se especifica en la caratula de la póliza.

6. EXCLUSIONES

Le son aplicables las exclusiones generales de las Condiciones Generales de la Póliza. Además, las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata en alguno de los siguientes hechos:

- Mientras el Asegurado este bajo la influencia de alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- Enfermedades, diagnósticos, preexistentes.
- No se cubrirán condiciones congénitas.

- Ser usado en tratamientos preventivos, evaluaciones rutinarias, tratamientos paliativos, tratamientos estéticos.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Prestación de la Cobertura

El Asegurado al momento de solicitar la prestación de los servicios de consultas médicas, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas debe comunicarse al número que le proporcionará Aseguradora Rural, S.A., indicando nombre completo, número de identificación personal, número de póliza para la coordinación de los servicios y autorización correspondiente.

8. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- Cualquiera de las condiciones estipuladas en la cláusula: 16 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.
- Cuando el Asegurado haya utilizado los servicios médicos del Programa de Beneficios en este Anexo.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
Seguro Individual de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

1. COBERTURA
La Aseguradora pagará una renta diaria por Hospitalización a consecuencia de una enfermedad no preexiste o accidente, de acuerdo a la renta diaria, deducible, período de espera, días máximos de cobertura al año indicados en la carátula de la póliza.

Para los efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en las definiciones.

2. DEDUCIBLE
El deducible se estipula en la carátula de la póliza y es el número de días de Hospitalización del Asegurado sin Cobertura.

3. DÍAS MÁXIMOS AL AÑO
La Aseguradora pagará una renta diaria hasta el número de días máximos al año que se indican en la carátula de la póliza.

4. DEFINICIONES
Para todos los efectos de este Anexo se entiende por:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Enfermedad preexistente:
Cualquier enfermedad que existe con anterioridad al inicio de vigencia de la carátula de la póliza, respecto del cual:

- Un médico hubiere determinado su existencia mediante un diagnóstico, o hubiere prescrito o recomendado un tratamiento; o
- Que por sus síntomas, signos o manifestaciones no pudieron haber pasado desapercibidos por el Asegurado y hubieren presentado manifestaciones o sintomatologías de quebrantos en la salud del Asegurado; o
- Que su historia clínica o evolución natural del padecimiento sea determinada como tal por un médico.

Evento: Comprende todos gastos incurridos, hospitalizaciones continuas o discontinuas, debidas a un mismo accidente o enfermedad no preexistente.

Hospitalizaciones continuas o discontinuas: En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo evento cubierto, cada uno

de estos períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo estipulado en la carátula de la Póliza. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

La Clínica u Hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

6. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la Carátula de la Póliza.

7. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes Hospitalizaciones originadas por:

a. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros tratamientos médicos o quirúrgicos, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.
b. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros tratamientos médicos o quirúrgicos, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.
c. Tratamientos médicos o quirúrgicos estético, tratamiento de fertilidad, para ganar o perder peso, correctivas de ojos, excepto como consecuencia de un accidente.
d. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes o esclerosis múltiple. Así mismo quedan excluidos tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico, con fines terapéuticos, a consecuencia de omisión en la búsqueda de atención médica o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
e. Intento de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
f. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
g. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
h. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
i. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a: pesca en

alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejerza como deporte profesional: béisbol o el fútbol.

j. Postración por calor o insolación.
k. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
l. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
m. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.
n. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
o. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajero en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar; a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.
p. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje moto taxi.

8. PROCEDIMIENTO EN CASO DEE RECLAMACIÓN

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del inicio de la hospitalización, mediante un formulario de reclamación.

Presentar certificación o constancia médica del hospital o sanatorio, que especifique nombre completo del asegurado, la fecha del ingreso y egreso, el diagnóstico de la hospitalización, y cualquier otro documento que la Aseguradora considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación.

9. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

a. Cualquier de las condiciones estipuladas en la Cláusula 16 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en la carátula de la póliza.
c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de cobertura.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo

ANEXO
CÁNCER TERMINAL
Seguro Individual de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la Carátula de la Póliza, si el Asegurado es diagnosticado por primera vez con Cáncer Terminal y además, a consecuencia de dicho diagnóstico, la expectativa de vida del Asegurado es menor a 12 meses. El diagnóstico debe ser realizado después del período de espera indicado en la carátula de la póliza, dentro de la vigencia del seguro, si se le diagnóstica por primera vez la siguiente enfermedad:

Cáncer Terminal: La presencia de una enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante normal.

El diagnóstico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico **histopatológico** o citológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un **cáncer**. Será requisito la presentación de un informe **histopatológico** por escrito. El **cáncer** debe haber progresado al menos a una **Clasificación TNM T2N0M0**, desarrollado por la "Unión Internacional contra el Cáncer", o alguna clasificación equivalente. Quedan cubiertos bajo esta definición los diversos tipos de **leucemia** (excepto la leucemia linfocitico crónica o cualquier **leucemia** que no haya causado anemia) los **linfomas** y la enfermedad de **Hodgkin** únicamente cuando haya progresado al menos hasta una etapa 2 de la clasificación (2016) de **Ann Arbor**.

Bajo las coberturas de esta póliza no se cubrirá lo siguiente:

- Los tumores benignos.
- Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- Tumores que presentan los cambios malignos característicos del **carcinoma "in situ"** o aquellos considerados por estudio histológico como "pre-malignos" cáncer de próstata "in situ".
- Todos los carcinomas de la piel, **carcinomas basocelulares** y espinocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza, o durante el período de espera.
- **Sarcoma de Kaposi** y otros tumores relacionados con la a infección de Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.
- 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 se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

- Al Asegurado no se le ha diagnosticado Cáncer antes del inicio de vigencia de la Póliza.
- Sea el primer diagnóstico de Cáncer.

- Si el Asegurado sobrevive a un período de 30 días, después del primer diagnóstico de cáncer.

2. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la Carátula de la Póliza.

3. EXCLUSIONES

3.1 Le son aplicables las exclusiones generales de las condiciones generales de la Póliza.
3.2 Además, las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata en alguno de los siguientes hechos:

a. Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) o presencia de la infección de virus inmunodeficiencia humana (VIH).
b. Leucemia linfocítica crónica.
c. Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
d. Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
e. Situaciones o Enfermedades preexistentes.
f. No tendrá cobertura si ha padecido y/o presentado síntomas, que no podrían pasar desapercibidos, propios de la condición cubierta, con fecha anterior al inicio de vigencia de la Póliza sin importar si estaba enterado del diagnóstico o no.
g. Personas con ocupaciones que incluyen alta exposición a radiación, sustancias tóxicas, sustancias explosivas, asbestos (amianto), gases o rayos solares por un prolongado período de tiempo.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Obligaciones del Asegurado y de (los) Beneficiarios en caso de siniestro

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles.

En todo momento del reclamo, el Asegurado y/o Beneficiario(s) deberán presentar la Póliza, informes médicos, resultados de estudios médicos realizados para el diagnóstico, formulario de reclamación, Certificado de nacimiento del Asegurado, Documento de identificación personal del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del evento.

Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del diagnóstico por primera vez del cáncer terminal cubierto por esta póliza y ocurrido durante la vigencia de la Póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

a. Cualquiera de las Condiciones estipuladas en la cláusula 16 Terminación de la cobertura de las Condiciones Generales.
b. Cualquiera de las condiciones estipuladas en la cláusula: 16 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.
c. Al finalizar la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de cobertura.

d. Al finalizar el plazo de Vigencia de la Póliza.
e. Al fallecimiento del Asegurado.
f. Después del pago total de la Suma asegurada correspondiente a esta cobertura.

GLOSARIO

Cáncer: Es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan malignas.

Carcinoma basocelulares de la piel: También llamado cáncer de la piel no melanoma, se suele presentar como un nódulo o abultamiento pequeño y escamoso en la cabeza, el cuello o las manos

Carcinoma "in situ": Grupo de células anormales que permanecen en el mismo lugar en el que se formaron.

Enfermedad de Hodgkin (Linfoma de Hodkin): Es un tipo de cáncer que se origina en el sistema linfático.

Ganglio linfático: Estructura en forma de frijol que forma parte del sistema inmunitario. Los ganglios linfáticos filtran las sustancias que se desplazan a través del líquido linfático; contienen linfocitos (glóbulos blancos) que ayudan al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades.

Hispatológico: Es el estudio histológico de los tejidos extirpados en el cual se determina si los mismos han sufrido una transformación maligna o no.

Leucemia: Es una enfermedad maligna de la médula ósea que provoca un aumento incontrolado de leucocitos (células blancas) en la sangre periférica y que causan un tipo de cáncer a la sangre.

Linfoma: Es un cáncer que se inicia en el tejido linfático.

Melanomas: Forma de cáncer que empieza en los melanocitos (las células que elaboran el pigmento melanina). Puede empezar como un lunar (melanoma cutáneo), pero también puede comenzar en otros tejidos pigmentados como en el ojo o en los intestinos.

Metástasis: Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó originalmente a otra parte del cuerpo. Cuando ocurre una metástasis, las células cancerosas se separan del tumor original (primario), viajan a través del sistema sanguíneo o linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos del cuerpo.

Sarcoma de Kaposi: Es un cáncer de la piel que puede presentarse en las personas que tienen SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Sistema linfático: Está formado por una serie de vasos que recorren todo el cuerpo y por ganglios que son como unos colectores. El sistema linfático forma parte del sistema inmunitario, que ayuda al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades. Debido a que el tejido linfático se encuentra en todo el cuerpo, el linfoma puede surgir en cualquier parte del cuerpo.

CLASIFICACIÓNES DEL CANCER

Clasificación de Cáncer desarrollada por la Unión Internacional contra el Cáncer.

TNM: emplea

T) para referenciar el tamaño,

N, (ganglio en inglés) para referenciar el número de ganglios linfáticos afectados

M para referenciar si hay **metástasis a distancia.**

Los médicos tienen en cuenta estos tres factores para determinar el estadío clínico del cáncer.

TNMT: se utiliza la "**T**" más una letra o número (o a 4) para describir la profundidad con que el tumor primario ha penetrado las paredes de tejido.

T2: Tumor grande, pero limitado al órgano de origen.

Ganglio: La "**N**" en el sistema TNM corresponde a la abreviación de ganglio en inglés.

Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayuden a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

NO: No se detecta metástasis de **ganglios linfáticos regionales** (el cáncer no se ha diseminado a los **ganglios linfáticos regionales.**

Metástasis a distancia: "M": La letra "**M**" en el sistema TNM describe el cáncer diseminado a otras partes del cuerpo.

MO: La enfermedad no se ha metastatizado.

Otra clasificación por etapas:

Clasificación Ann-Arbor: Por separado existen clasificaciones, por estadios, para tumores específicos, se usan adicionalmente, o en lugar de TNM: Clasificación Ann-Arbor para linfoma de Hodgkin.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO
MUERTE POR INFARTO
Seguro Individual de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y la Asegurada.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada de acuerdo al plan cubierto por la Póliza, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un infarto al miocardio durante la vigencia de la póliza, y después de haber transcurrido el período de espera indicado en la carátula de la póliza, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Infarto al miocardio: La muerte de una porción del músculo cardiaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardiacas.

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

- Al Asegurado no se le ha diagnosticado Infarto antes del inicio de vigencia de la Póliza.
- Sea el primer diagnóstico de Infarto.

2. SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido antes de que hubiesen transcurrido dos (2) años desde la celebración del contrato, la Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización convenida, sino únicamente a la devolución de las primas percibidas.

3. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad, dan derecho a la Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro, pero dicho derecho caduca si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos (2) años a partir de la fecha de su perfeccionamiento.

4. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la Carátula de la Póliza.

5. EDAD

La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en DPI, partida de nacimiento o cualquiera de los demás medios permitidos por la Ley para tales fines.

La Aseguradora puede efectuar la comprobación de edad en cualquier momento, y en caso de que la edad real, en la fecha de vigencia de la Póliza no esté dentro de los límites de admisión antes mencionados se procederá así:

- Se considera como no hecho el seguro devolviéndole al asegurado o beneficiario la prima pagada por el período de cobertura fuera de los límites de edad de permanencia, quedando la Aseguradora liberada de cualquier responsabilidad derivada de este contrato.

6. EXCLUSIONES

Ninguna cobertura y Anexo será pagadero con relación a esta Póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

1. Cuando el Asegurado haya tenido conocimiento de padecer o haber

padecido cualquier tipo de cardiopatía (infarto, isquemia, angina de pecho o arritmia) al momento de contratar esta póliza.

2. Cualquier evento que no sea confirmado como una muerte por infarto al miocardio por un cardiólogo o doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
3. Intoxicación o encontrarse el Asegurado bajo la influencia de alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el Asegurado se encontraba en estado de ebriedad.
4. Padecimientos o enfermedades preexistentes que puedan provocar un infarto.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En todo momento del reclamo, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar la Póliza, original certificado de defunción del Asegurado, certificado de nacimiento del Asegurado, Documento de identificación personal del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del fallecimiento.

Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la Póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora o sucursal.

Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por la Aseguradora.

8. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

a. Cualquiera de las condiciones estipuladas en la cláusula 16 Terminación de la cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de cobertura.
c. Al finalizar el plazo de Vigencia de la Póliza.
d. Después del pago total de la Suma asegurada correspondiente a esta cobertura.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CÁNCER ESPECÍFICO
Seguro Individual de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado una renta diaria fija por cada día que el Asegurado permanezca internado en una Clínica u Hospital, debidamente autorizado, a partir de las 48 horas siguientes a la internación, como consecuencia de un cáncer primario cubierto como se indica en la Carátula de la Póliza, lo que implica que la Aseguradora pagará una renta diaria a partir del tercer día de internación y hasta un máximo de días por año, continuos o discontinuos, por un mismo evento Indicados en la caratula de la póliza.

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de los días, continuos o discontinuos, por año y por evento indicados en la caratula y será pagado a partir del tercer día de internación, es decir, la Aseguradora no efectuara desembolso alguno si la internación es igual o menor a (48) horas.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- El diagnóstico lo efectué y certifique por escrito un Médico Oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.

Si el cáncer primario se diagnóstica durante el período de espera estipulado en la Carátula de la Póliza la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a reembolsar al asegurado la prima no devengada.

Hospitalizaciones continuas o discontinuas:
En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo cáncer primario cubierto, cada uno de estos períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de días indicados en la carátula. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

1.1. DEFINICIÓN

Para todos los efectos de esta Póliza se entiende por:

Evento:
Comprende todos gastos incurridos, hospitalizaciones e incapacidades totales temporales, continuas o discontinuas, debidas a un mismo accidente.

Infección Piógena:
Es una infección que produce la acumulación de leucocitos y bacterias muertas (pus).

Estudios Histopatológicos:
Son los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas de diagnóstico y para ser aceptados bajo esta de la Póliza deberán fecharse y encontrarse debidamente firmadas por un médico autorizado para ejercer la

especialidad de Anatomía Patológica. Las evidencias deben basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos.

Renta diaria:
Monto pagadero al Asegurado por cada día de Hospitalización.

1.2 LÍMITE GEOGRÁFICO

La Clínica u Hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

2. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la Carátula de la Póliza.

3. EXCLUSIONES

No quedará cubierta por esta cobertura, la hospitalización a consecuencia de:

a. Cualquier cáncer primario no especificado en la póliza, solo se cubrirán los cánceres primarios indicados carátula de la póliza.
b. Condiciones médicas preexistentes.
c. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia la póliza
d. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.
e. Enfermedades relacionadas o derivadas de Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o Síndrome de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.
f. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado.
g. Cuando el cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.
h. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos.
i. Cáncer premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.
j. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días a partir del inicio de la hospitalización, mediante un formulario de reclamación.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

a. Cualquiera de las Condiciones Generales estipuladas en la cláusula 16 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al efectuar el pago total de días máximos de cobertura establecidos en la Carátula de la Póliza durante la vigencia de cada período de cobertura.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo

ANEXO
MUERTE ACCIDENTAL
Seguro Individual de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza

.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en la Carátula de la póliza la suma asegurada contratada para este Anexo, cuando el Asegurado sufra la muerte accidental, durante la vigencia de la presente póliza o cuando la muerte ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

Para los efectos de esta Anexo se define como accidente:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Carátula de la póliza.

3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
b. Accidente ocurrido mientras o porque el asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
d. La muerte causada por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
e. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a: pesca en

alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.

f. Postración por calor e insolación.
g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
i. Accidentes como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
k. Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago de reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental ocurrido durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días establecidos en la Ley Actividad Aseguradora.

4.2 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y la autopsia origen serán cubiertos por la Aseguradora.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

a. Cualquiera de las Condiciones estipuladas en la Cláusula 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Cuando el pago sea igual al 100% de la suma asegurada indicada Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza queda automáticamente cancelado.
c. Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia de cobertura.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo