SOLICITUD-CARÁTULA INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA

Seguro Comercialización Masiva de Gastos Médicos por Accidente Modular

PÓLIZA No. _____ **COMERCIALIZADOR MASIVO:** _____

ASEGURADORA RURAL, S.A. es responsable por los seguros vendidos por cuenta de ésta, a través del comercializador: _____

Para cualquier notificación, gestión, pagos o presentar reclamo relacionado con este seguro lo puede realizar en:

_____
Dirección

_____ _____
Correo Electrónico Teléfono(s)

DATOS DEL ASEGURADO

1. Nombres y Apellidos: _____
2. Fecha de nacimiento: _____ 3. Edad: _____
4. Sexo: M ☐ F ☐ 5. D.P.I. _____ 6. Estado Civil: _____
7. Ocupación: _____ 8. Teléfono casa y oficina: _____
9. Dirección: _____
10. Departamento: _____ 11. Municipio: _____
12. Fecha de ingreso al seguro: _____ 13. Renovación automática: Si ☐ No ☐
14. Fecha de inicio de vigencia: _____ 15. Fecha Fin de Vigencia: _____
16. Prima a pagar: _____ Forma de pago: ☐ Pago único ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Pago único
17. Moneda: Quetzales ☐ Dólares ☐
18. Lugar de pago de prima: _____
19. Facturar a: _____ 20. N.I.T: _____

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL ASEGURADO

Cobertura Incluida	Suma Asegurada
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	

ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura Incluida	Suma Asegurada	Periodo de Carencia / Periodo de Espera

Queda entendido y convenido que:

ASEGURADORA RURAL, S.A. Se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. 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.

Declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, durante los dos primeros años de vigencia no tendré derecho a ningún beneficio descrito en el Programa de Beneficios del Asegurado, de esta Solicitud-Carátula, quedando como única obligación de la Aseguradora la devolución de primas.

Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar a la Aseguradora los datos que posean de mi estado de salud. Aseguradora Rural, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.
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; después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en esta póliza, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud-Carátula autorizo:

1. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
2. A La Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

Entrega de póliza: se hará al momento de la celebración del presente contrato, si la extravía, puede solicitar un duplicado de la póliza al Comercializador Masivo, directamente a la Aseguradora o ingresando a la página web de la Aseguradora

Se firma la presente Póliza en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____ Aseguradora Rural, S.A.

_____ Asegurado

DPI: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Canales para comunicación: Aseguradora Rural pone a su disposición para notificación, gestión o presentar reclamo relacionado con este seguro lo puede realizar en:

_____ Dirección

_____ Correo Electrónico

_____ Teléfono(s)

Para descargar documentos relacionados con su póliza de seguro podrá accesar a la página web de 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.

CONDICIONES GENERALES
Seguro Comercialización Masiva de Gastos Médicos por Accidente Modular

1. CONTRATO

La Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, las 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 Solicitud-Carátula Individual de 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 contratante 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 SEGURO

Mediante este seguro la Aseguradora se compromete a cubrir los riesgos mencionados en estas Condiciones Generales y Anexos, y a indemnizar al Asegurado la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por esta Póliza y hasta por la suma asegurada indicada como límite en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

4. DEFINICIONES

Asegurado:	Es la persona que ha quedado amparada bajo esta Póliza.
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.

Muerte Violenta	Se entiende por muerte violenta todo evento premeditado realizado por otra persona, no considerado como defensa propia del asegurado, acto de solidaridad humana o accidente y que resulta en el fallecimiento del Asegurado.
Código IATA:	Es el código asignado a un aeropuerto por la Asociación Internacional de Transporte Aéreo.
Edad:	Es la edad alcanzada efectivamente por cada Asegurado, que sirve para determinar la prima anual inicial o de renovación de las coberturas de esta Póliza.
Enfermedad Pre-existente:	Es aquella 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.
Vigencia:	Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efectos 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 Póliza.
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.
Periodo de carencia:	Es el periodo de tiempo establecido en la Solicitud-Carátula de la póliza aplicable a una cobertura, periodo de tiempo contado a partir de la contratación del seguro en el cual el asegurado no cuenta con la cobertura por los riesgos asegurados, es decir la Aseguradora no cubre las indemnizaciones de los reclamos ocurridos durante dicho periodo.
Gastos razonables y acostumbrados	Es el monto que habitualmente se cobra por los servicios médicos en la localidad donde estos son efectuados a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones; las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención.
Infección Piógena:	Es una infección que produce la acumulación de leucocitos y bacterias muertas (pus).

5. PAGO DE PRIMA Y PERIODO DE GRACIA

Pago de prima:	La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la Ley debe pagar el Asegurado en el momento de la celebración del contrato y en lugar estipulado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.
Periodo 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.

6. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

a) Si el Asegurado o el (los) beneficiario(s) presenta(n) 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, el o (los) beneficiario(s) no puede(n) probar la ocurrencia del siniestro.
c) Si el Asegurado, el o (los) beneficiario(s) omiten el aviso del siniestro, con la intención de evitar que se comprueben oportunamente las circunstancias del mismo.
d) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y Anexos de la Póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

7. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y REHABILITACIÓN

Vigencia:	La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza y termina en la fecha fin de vigencia de la Solicitud-Carátula Individual de la póliza.
Renovación:	Al finalizar el plazo de vigencia podrán ser renovados automáticamente por la Aseguradora conforme a 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.
Rehabilitación:	A efectos de esta póliza, no aplica la rehabilitación.

8. COBERTURA

8.1 Cobertura básica:

La Aseguradora pagará al Asegurado hasta el monto máximo estipulado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente el Asegurado incurra directa y exclusivamente a consecuencia de un accidente amparado, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, siempre que estos sean provenientes de: hospitalización; asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia y gastos de hospitalización, sin que en ningún caso estos gastos excedan un período de 180 días contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

8.2 Límite Geográfico:

Los gastos médicos serán reembolsables cuando los mismos se hayan realizado únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

8.3 Límites de edad

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

8.4 Reclamación

Emergencias por Accidente

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del día del accidente, mediante un formulario de reclamación que la Aseguradora le proveerá.

Reembolso de Gastos Médicos

La Aseguradora reembolsará los gastos de curación en que incurriere el Asegurado por concepto de: asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia, pruebas para diagnóstico, gastos de hospitalización, medicamentos a causa de un accidente cubierto por el contrato de seguro, hasta por la suma asegurada para este concepto. Los gastos de curación absorbidos a cargo de instituciones estatales, no serán indemnizados por este contrato, en caso que el asegurado fuere atendido por dichas instituciones.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En este caso el Asegurado sólo tendrá derecho a los gastos realmente incurridos por él.

8.5 Terminación de Cobertura

Las coberturas de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza finalizan:

a. Al finalizar la vigencia de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, cuando no sea renovable automáticamente.
b. Cuando el asegurado haya alcanzado la edad máxima de acuerdo a lo establecido en los límites de edad de la cobertura.
c. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura al 100% de la suma asegurada indicada en la Solicitud-Carátula Individual, esta cobertura queda automáticamente cancelada. Para esta cobertura no aplica rehabilitación de suma asegurada.
d. A falta de pago de prima o prima fraccionada.
e. Por solicitud escrita del Asegurado con quince (15) días de anticipación, solicitándola directamente en oficinas de la Aseguradora o en la oficina y sucursal del Comercializador Masivo en donde se inició el trámite.
f. La omisión o inexacta declaración.

9. EXCLUSIONES

No quedarán amparados por esta cobertura los siguientes tratamientos y/o gastos médicos:

a. Tratamientos fisioterapéuticos.
b. A consecuencia de accidentes y/o enfermedades Pre-Existentes.
c. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
d. 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.
e. 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.
f. Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes
g. 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
h. Postración por calor o insolación.
i. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
j. 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.
k. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.
l. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
m. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajero en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar.
n. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje mototaxi.

10. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

10.1 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.

10.2 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 sucursal del Comercializador Masivo.

10.3 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.

11. NOTIFICACIONES

Toda notificación a la Aseguradora deberá efectuarse en las oficinas de esta ubicadas en la dirección que aparece en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza o en la dirección del Comercializador Masivo, mientras que al Asegurado en la dirección que hubiere consignado en la Solicitud-Carátula Individual 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.

12. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 del mismo, dará lugar a la terminación o disminución de la suma asegurada del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

13. MONEDA

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

14. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que 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 del asegurador.

15. MANEJO DE CONSULTAS, QUEJAS E INSATISFACCIONES

15.1 El Asegurado puede documentar cualquier gestión, consulta, queja e insatisfacción ante el Comercializador Masivo.

15.2 La Aseguradora pone a disposición del Asegurado canales abiertos de comunicación para la atención de consultas, quejas e insatisfacciones derivadas del Contrato. Estos canales de atención al cliente aparecen indicados en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 RDH
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
Seguro Comercialización Masiva de Gastos Médicos por Accidente Modular

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

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la Solicitud-Carátula individual.

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 Enfermedad no pre-existente o accidente cubierto por la presente póliza, lo que implica que la Aseguradora pagará una renta diaria a partir del tercer día de internación y hasta un máximo de cuarenta y cinco (45) días por año, continuos o discontinuos, por un mismo evento.

El periodo máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de cuarenta y cinco (45) días, continuos o discontinuos, por año y por evento 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.

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).

1.2. Límite Geográfico:

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

2. Límites de edad:

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

3. Exclusiones:

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

a. Está excluida la hospitalización por preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia después del embarazo y a consecuencia de este

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 o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
e. Suicidio, conato 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 o la muerte 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 ejercite como profesión el 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.
p. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje mototaxi.

4. Procedimiento en caso de 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 de ingreso y egreso, el diagnóstico de la hospitalización, y cualquier otro documento que la Aseguradora considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación.

5. Terminación de cobertura:

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

a. De acuerdo a lo estipulado en el numeral 8.5 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al efectuar el pago total de 45 días establecidos en la Solicitud-Carátula Individual de la póliza durante la vigencia de cada periodo 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 ITP
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
Seguro Comercialización Masiva de Gastos médicos por Accidente Modular

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

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la Solicitud-Carátula individual.

1. Cobertura:

La Aseguradora pagará al Asegurado la Incapacidad Total y Permanente, si como consecuencia de un accidente sufrido y dentro de los ciento ochenta (180) días calendario después de la fecha de ocurrencia del mismo, y el accidente se produzca durante la vigencia de la presente Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la póliza.

Definición

Incapacidad Total y Permanente	Se entiende por Incapacidad Total y Permanente el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre ininterrumpidamente impedida e inhabilitada, en forma absoluta, por un período continuo de ciento ochenta (180) días calendario, acorde con su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad remunerada, como resultado de lesiones corporales amparadas en la definición de accidente de las Condiciones Generales.
Periodo de espera:	Tiempo comprendido entre la fecha de ocurrencia del siniestro, durante el cual el asegurado no puede exigir el pago del beneficio. La aseguradora pagará la indemnización correspondiente una vez transcurrido este plazo, siempre y cuando la condición cubierta siga presente y se haya manifestado de forma continua.
Infección Piógena	Es una infección que produce la acumulación de leucocitos y bacterias muertas (pus).

2. Límites de edad:

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 60 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 65 años.

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 cualquier 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. Lesiones corporales o la muerte causadas 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).

4. Procedimiento en caso de reclamación:

4.1 Pago de la Reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la incapacidad por Accidente del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, mediante la presentación de las pruebas fehacientes de la incapacidad: Informe médico y estudios realizados con interpretación médica que indiquen el padecimiento, tratamiento, evolución y diagnóstico, especificando, en caso de accidente, cómo ocurrió el accidente, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada para esta cobertura al Asegurado.

4.2 Pago

La indemnización se efectúa mediante un solo pago, luego de transcurrido ciento ochenta (180) días calendario de Incapacidad Total y Permanente, certificada por el Asesor Médico de la Aseguradora.

5. Terminación de cobertura:

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

De acuerdo a lo estipulado en el numeral 8.5 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.

a) Al finalizar la vigencia indicada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.
b) Cuando se realice el pago del 100% de la suma asegurada de esta cobertura.
c) Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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 INFARTO
INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD DE INFARTO
Seguro Comercialización Masiva de Gastos Médicos por Accidente Modular

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

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la Solicitud-Carátula individual.

1. Cobertura:

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la Solicitud-Carátula de la Póliza después del período de carencia de noventa días (90) y dentro de la vigencia del seguro, si se le diagnostica por primera vez la siguiente enfermedad:

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.** El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

a) Una hospitalización cuyo registro indique un **infarto del miocardio** dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.

b) Presencia de **dolores torácicos** típicos, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.

c) Cambios nuevos y relevantes en el **electrocardiograma (ECG).**

d) Aumento diagnóstico de **marcadores cardiacos** específicos de infarto incluyendo **CKMB** por encima de los niveles de laboratorio generalmente aceptados como "normales".

e) Prueba de reducción permanente e irreversible de la función ventricular izquierda especificado por una fracción de eyección ventricular izquierda de menos del 40%.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el infarto del miocardio ha sido diagnosticado por primera vez por un médico cardiólogo; no ha sido diagnosticado, ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza.

2. Límites de edad:

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

3. Exclusiones:

3.1 Le son aplicables las exclusiones generales de las condiciones generales de la Póliza.

3.2 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 cualquier de las siguientes causas:

a. Suicidio, tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones autoinflingidas, ya sea en estado de cordura o demencia.
b. 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.
c. 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.
d. Cualquier evento que no sea confirmado como un infarto al miocardio por un cardiólogo o doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
e. **Angina de pecho** estable e inestable.
f. **Infarto al miocardio** de antigüedad indeterminada.
g. Incremento en los **marcadores cardiacos** causada por un procedimiento cardiaco intraarterial incluyendo, pero no limitado a, una **angiografía coronaria** y **angioplastia coronaria**.
h. Cuando el Asegurado haya tenido una intervención quirúrgica del corazón previa a la contratación de esta póliza.
i. Padecimientos congénitos.
h. Intoxicación o encontrarse el asegurado 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. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad.
i. Padecimientos o Enfermedades preexistentes.

4. Procedimiento en caso de reclamación:

Pago de la Reclamación

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora en el curso de los primeros treinta (30) días hábiles contado desde la fecha en que se le haya sometido a intervención quirúrgica o diagnosticado por primera vez la enfermedad de infarto de miocardio cubierta por esta póliza que pueda ser motivo de indemnización. Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad o intervención cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Aseguradora.

Pago:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago la suma asegurada contratada para esta cobertura al asegurado. Si durante la vigencia del presente Anexo ocurre un siniestro cubierto y falleciera el Asegurado a consecuencia del mismo, la indemnización que llegare a proceder se liquidará al (o los) beneficiario(s) legales.

5. Terminación de cobertura:

La cobertura de este Anexo finaliza:

- Al finalizar el plazo de la Solicitud-Carátula.

- Al alcanzar el asegurado la edad máxima de renovación de acuerdo a los límites establecidos en esta cobertura.
- Después del pago total de la Suma asegurada correspondiente a esta cobertura.

GLOSARIO PARA ANEXO DE INFARTO

Angina de pecho:	Dolor en el pecho que se produce cuando vasos sanguíneos dañados restringen el flujo de sangre al corazón.
Angiografía coronaria:	Técnica radiográfica que emplea un colorante que se inyecta en las cavidades del corazón o en las **arterias** que conducen al corazón (las arterias coronarias). El estudio permite medir el flujo de sangre y la presión de la sangre en las cavidades cardíacas y determinar si las **arterias** coronarias están obstruidas.
Angioplastia coronaria:	Técnica no quirúrgica para tratar las **arterias** enfermas, que consiste en inflar y desinflar un pequeño globo dentro de una arteria.
Arteria:	Vaso sanguíneo que transporta sangre rica en oxígeno al organismo.
Arritmia:	Ritmo cardíaco anormal.
Cardiólogo:	Médico que se especializa en el estudio del corazón y su funcionamiento tanto en estado de salud como en estado de enfermedad.
Cardiopatía:	Enfermedad del corazón.
Dolor torácico:	Es una molestia o dolor que se siente en algún punto a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior. Muchas personas que experimentan dolor torácico sienten temor de un ataque cardíaco.
Electrocardiograma (ECG)	Estudio que consiste en colocar varios sensores electrónicos sobre el cuerpo para monitorizar la actividad eléctrica relacionada con el latido cardíaco.
Enzimas cardiacas:	Sustancias complejas capaces de acelerar ciertos procesos bioquímicos en el músculo cardíaco. Los niveles anormales de estas enzimas son una señal de un ataque cardíaco.
Infarto:	Zona de tejido cardíaco permanentemente dañado por un suministro insuficiente de oxígeno.
Infarto al Miocardio:	Ataque cardíaco. El daño o la muerte de una zona del músculo cardíaco (miocardio) debido a una obstrucción del flujo de sangre a esa zona. El tejido afectado muere, lo cual daña al corazón. Los síntomas incluyen dolor intenso y prolongado en el pecho y una disminución de la presión arterial que a menudo produce un choque (*shock*).
Isquemia:	Disminución del flujo sanguíneo a un órgano, generalmente debida a una constricción u obstrucción de una arteria.
Marcador Cardiaco CKMB:	Si se ha detectado un aumento de los niveles de creatina quinasa (CK), la determinación posterior de CK-MB permite conocer si el aumento de CK puede obedecer a una lesión del músculo cardíaco o de otro tipo de músculo. Normalmente, la CK-MB se solicita si una persona refiere dolor torácico o presenta signos o síntomas inespecíficos como dificultad para respirar, cansancio acusado, mareos o náuseas. En el infarto agudo de miocardio, la CK-MB aumenta en sangre entre 3 y 6 horas después de que aparezca el dolor torácico. Los niveles

	aumentan hasta alcanzar un pico a las 12 - 24 horas y posteriormente, a las 48 - 72 horas, disminuyen. En caso de que se sufra una nueva crisis cardíaca o de que el daño cardíaco siga avanzando, los niveles de CK-MB no disminuyen, e incluso pueden seguir aumentando.
Miocardio:	Pared muscular del corazón. Se contrae para bombear la sangre del corazón y luego se relaja mientras el corazón vuelve a llenarse con la sangre que regresa.

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
INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD DE CÁNCER
Seguro Comercialización Masiva de Gastos Médicos por Accidente Modular

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

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la Solicitud-Carátula individual.

1. Cobertura:

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza después del período de carencia de noventa días (90) y dentro de la vigencia del seguro, si se le diagnostica 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 diagnostico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnostico **histopatológico** o citológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un **cáncer**. Sera 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.

Los siguientes **cánceres** no están cubiertos por la póliza:

- Tumores que presentan los cambios malignos característicos de **carcinoma in situ** incluyendo la **neoplasia intraepitelial cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3**) o aquellos considerados por Histología como premalignos;
- **Melanomas** con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3;
- Todas las hiperqueratosis o los **carcinomas basocelulares de la piel**;
- Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- **Sarcoma de Kaposi** y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.

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.

2. Límites de edad:

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

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. SIDA o presencia del virus 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 su Solicitud –Carátula Póliza Individual, 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 reclamación:

4.1 Pago de la Reclamación

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora en el curso de los primeros treinta (30) días hábiles contado desde la fecha en que se le haya diagnosticado por primera vez ó sometido a intervención quirúrgica por la enfermedad de **Cáncer** cubierta por esta póliza que pueda ser motivo de indemnización. Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago del beneficio que corresponde, la Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad o intervención cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Aseguradora.

La indemnización por la cobertura de Cáncer se hará conforme a los estipulado en la Solicitud-Carátula al asegurado, de acuerdo a las disposiciones anteriores y a los exámenes médicos, en un plazo no mayor de diez (10) días luego de completada la documentación.

4.2 Pago:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado. Si durante la vigencia del presente Anexo ocurre un siniestro cubierto y falleciera el Asegurado a consecuencia del mismo, la indemnización que llegare a proceder se liquidará al (o los) beneficiario(s) legales.

5. Terminación de cobertura:

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- Al finalizar el plazo de la Solicitud-Carátula Individual de la póliza.
- Al alcanzar el asegurado la edad máxima de renovación de acuerdo a los límites establecidos en esta cobertura.
- Después del pago total de la Suma asegurada correspondiente a esta cobertura.

GLOSARIO PARA ANEXO DE CÁNCER

Cáncer:	Es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan malignas.
Carcinoma:	Es una forma de cáncer con origen en células de tipo epitelial o glandular, de tipo maligno.
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.
Ganglio linfático regional	En oncología, ganglio linfático que drena linfa desde la región que rodea el tumor.
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.
Metástasis a distancia:	Se refiere al cáncer que se ha diseminado desde el tumor original (primario) hasta órganos o nódulos linfáticos lejanos. También se conoce como cáncer distante.
Neoplasia intraepitelial cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3	Se encuentran células anormales en la superficie del cuello uterino. Con frecuencia, la neoplasia intraepitelial cervical de grados 2 y 3 es causada por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y se encuentra al realizar una biopsia de cuello uterino. La neoplasia intraepitelial cervical de grados 2 y 3 tiene características de la NIC 2 y la NIC 3. No es cáncer, pero se puede volver cancerosa y diseminar al tejido normal cercano si no se trata.
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

1. TNM

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

TNM:	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 estadio clínico del cáncer.
TNMT	TMN: 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: "N"	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.

2. Otras clasificaciones 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.
MO:	Sin metástasis distantes

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
PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
Seguro Comercialización Masiva de Gastos Médicos por Accidente Modular

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

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la Solicitud-Carátula individual.

1. Cobertura:

Son los servicios médicos cubiertos cuando el Asegurado sufra un accidente o enfermedad no preexistente, 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 dichos conceptos.

Programa de Beneficios		

Las consultas Médicas descritas en el presente anexo, podrán ser utilizadas después de haber transcurrido 48 (cuarenta y ocho) horas de haber iniciado la vigencia de la cobertura de este Anexo indicada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

Límite geográfico:

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

2. Límites de edad:

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

3. 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:

a. 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.
b. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
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.

4. 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 de teléfono que le proporcionará la Aseguradora, indicando nombre completo, número de D.P.I., número de póliza para la coordinación y autorización correspondiente.

5. Terminación de la cobertura:

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

a. De acuerdo a lo estipulado en el numeral 8.5 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales
b. Cuando el asegurado haya utilizado todos los servicios contratados en este anexo.
c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de renovación de acuerdo a lo establecido en 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.