



THONA SEGUROS

CONDICIONES GENERALES



SEGURO DE VIDA GRUPO
SIN DIVIDENDOS
MULTIANUAL

EXPERIENCIA GLOBAL



ÍNDICE

I. Definiciones.....	5
1. Accidente	5
2. Anquilosis	5
3. Asegurado	5
a. Asegurado titular	5
b. Asegurado dependiente	5
4. Beneficiario.....	5
5. Compañía	5
6. Contratante.....	5
7. Culpa Grave	5
8. Detalle de Coberturas	5
9. Endoso	6
10. Enfermedad o padecimiento preexistente.....	6
11. Enfermedad Profesional	6
12. Grupo Asegurado	6
13. Invalidez Total y Permanente.....	6
14. Periodo de Espera.....	7
15. Plan de Seguro (plan)	7
16. Póliza.....	7
17. Práctica Profesional de deporte	7
18. Prima	8
19. Siniestro.....	8
20. Suma Asegurada	8
21. UMA (Unidad de Medida de Actualización)	8
22. Vigencia.....	8
II. Cláusulas Generales	9
1. Contrato	9
2. Modificaciones	9
3. Consentimientos Individuales	9
4. Registro de Asegurados	9
5. Certificados Individuales	10
6. Omisiones o Declaraciones Inexactas	11
7. Vigencia del Contrato	11
8. Terminación del Contrato	11
9. Prima	11
10. Pago de Prima	12
11. Periodo de Gracia.....	12

12.	Ajuste de la Prima.....	12
13.	Renovación.....	13
14.	Rehabilitación.....	13
15.	Moneda.....	13
16.	Disputabilidad.....	13
17.	Prescripción.....	13
18.	Comunicaciones.....	14
19.	Competencia	14
20.	Obligaciones del Contratante	14
21.	Beneficiarios	16
22.	Edad	17
23.	Ajustes de la Suma Asegurada	18
24.	Sistema de Administración	18
25.	Formas de Liquidación	19
26.	Suicidio	20
27.	Notificación de Comisiones	20
28.	Cambio por Riesgos	20
29.	Interés Moratorio.....	20
30.	Agravación Esencial del Riesgo.....	22
31.	Comprobación del siniestro	23
32.	Dividendos – Participación en las Utilidades	25
33.	Uso de Medios Electrónicos.....	25
III.	Coberturas Básicas.....	26
1.	Fallecimiento	26
2.	Gastos Funerarios	26
IV.	Coberturas adicionales.....	27
1.	Muerte Accidental.....	27
2.	Muerte Accidental Colectiva.....	28
3.	Pérdidas Orgánicas Escala A por Accidente	28
4.	Pérdidas Orgánicas Escala B por Accidente	29
5.	Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente	30
6.	Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	31
7.	Graves Enfermedades	32
8.	Fallecimiento a Causa de Cáncer	35
9.	Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial	35
10.	Primer Diagnóstico de Cáncer	35
11.	Primer Diagnóstico de Cáncer Especial.....	35
12.	Intervención Quirúrgica	37
13.	Renta Diaria por Hospitalización	39

V. Endosos	42
1. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento	42
2. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente	42
3. Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad	42
4. Anticipo de Suma Asegurada por enfermedad en fase terminal	43
5. Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas por accidente	43
6. Accidentes o padecimientos previos	43
7. Lesiones por ingesta de alcohol.....	44
8. Accidentes en vehículos a exceso de velocidad.....	44
9. Aviación particular	44
10. Envenenamiento.....	44
11. Intoxicación.....	45
12. Certificados individuales.....	45
13. Consentimientos	45
14. Deportes peligrosos.....	45
15. Edades	46
16. Uso de motocicleta como herramienta de trabajo.....	46
17. Uso de motocicleta como medio de transporte	46
18. Pérdida del habla.....	46
19. Suicidio	46
20. Indisputabilidad.....	47
21. Suma asegurada máxima individual	47
22. Protección adicional por 30 días	47
23. Protección por 30 días mientras se presentan pruebas médicas	47

I. Definiciones

1. Accidente

Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado, mientras se encuentre vigente la cobertura del seguro. **No se consideran Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

2. Anquilosis

Fijación de una articulación del cuerpo, normalmente móvil, que imposibilita su movimiento.

3. Asegurado

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, que gozarán del beneficio por los riesgos amparados en la Carátula de esta Póliza y/o certificado individual correspondiente.

a. Asegurado titular

Es la persona que tiene relación directa con el Contratante y pertenece al grupo y/o la colectividad asegurada.

b. Asegurado dependiente

Es la persona que tiene relación con el Asegurado Titular pudiendo ser asegurados en el mismo contrato: Hijos, Cónyuge, Concubina (o), conviviente.

4. Beneficiario

Persona designada por el Asegurado, en el Consentimiento Individual, como titular de los derechos indemnizatorios para el caso de las coberturas de Fallecimiento, Gastos Funerarios, Muerte Accidental, Muerte Accidental Colectiva, Fallecimiento a causa de Cáncer y Fallecimiento a causa de Cáncer Especial. En caso de las coberturas adicionales se indemnizará al Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, según corresponda.

5. Compañía

THONA Seguros, S. A. de C. V.

6. Contratante

Persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro y es responsable ante la Compañía de pagar la prima del Seguro en su totalidad.

7. Culpa Grave

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de obligaciones. Es cuando la persona omite las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

8. Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de la

Compañía y del Contratante y/o Asegurado.

9. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales y/o particulares del Contrato y forma parte de éste.

10. Enfermedad o padecimiento preexistente

Son aquellos Padecimientos respecto de los que previamente a la celebración del Contrato:

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

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

- b) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones; lo mismo se observará en caso de que con el mismo propósito no le remitan en tiempo la documentación que les sea requerida por la Compañía sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

11. Enfermedad Profesional

Aquella que se originan como consecuencia del desarrollo de una actividad laboral o profesional.

12. Grupo Asegurado

Lo constituyen todas las personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, las personas que formen parte del Grupo Asegurado deberán firmar su consentimiento y estar inscritas en el registro de Asegurados.

13. Invalidz Total y Permanente

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entiende por invalidez total y permanente, la que inhabilite al Asegurado de manera Total y permanente para el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social para el resto de su vida, ya sea por enfermedad o accidente a que esté expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo o por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo.

También será considerada como Invalidz Total y Permanente, si el Asegurado sufre la pérdida de:

- La vista, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ambos ojos.

- Ambas manos o pies, su separación completa o anquilosamiento.
- La pérdida de una mano y un pie o, de una mano y la vista de un ojo o, un pie con la vista de un ojo.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o, en caso de no estar inscrito en alguna de estas instituciones de salud, por cualquier institución de salud pública o por un médico especialista en medicina del trabajo certificado. En todos los casos se requerirá el acuse de aviso de baja emitido por la Institución de Salud en caso de ser derechohabiente de alguna de éstas al Contratante; siendo la fecha de inicio del Estado de Invalidez con la que se aprobó el dictamen la que se considere como fecha de ocurrencia del siniestro.

En caso de que la Compañía cuente con evidencias de que el estado físico del Asegurado, al momento de la reclamación, no deriva en una Invalidez Total y Permanente, no se considerará como definitivo el dictamen emitido a que se hace referencia en el párrafo anterior, por lo que la Compañía tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de la Compañía, concluya que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Compañía, siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de la Compañía.

14. Periodo de Espera

Significa el periodo inmediato posterior al inicio de la vigencia de la cobertura correspondiente, durante el cual el Asegurado no estará amparado por el seguro y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura correspondiente.

15. Plan de Seguro (plan)

Paquete contratado por el Contratante en el que se incluyen la cobertura básica, coberturas adicionales y endoso elegidos para cada grupo en particular.

16. Póliza

Documento emitido por la Compañía en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

17. Práctica Profesional de deporte

Es cuando la persona realiza un deporte en público y recibe una remuneración económica con motivo de dicha práctica.

18. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante.

19. Siniestro

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato que dé origen al pago de la indemnización cubierta.

20. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura y que se encuentra descrita en la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

21. UMA (Unidad de Medida de Actualización)

Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores, correspondiéndole al INEGI calcular dicho valor y podrá ser consultado en: <http://www.inegi.org.mx> y/o en el Diario Oficial de la Federación.

22. Vigencia

Periodo de tiempo durante el cual operan las coberturas indicadas en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual.

II. Cláusulas Generales

1. Contrato

La carátula de la Póliza, la solicitud y el Registro de Asegurados correspondiente, los Consentimientos y Certificados Individuales, las Cláusulas y los Endosos que se agreguen constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

La Compañía se obliga a entregar la carátula de la Póliza y condiciones generales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos y obligaciones de las partes, dentro de los 30 días naturales siguientes al de la contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado, sin que ello obste para que el Contratante y/o Asegurado pueda descargar o consultar las condiciones generales en el portal de internet de la Compañía.

Los medios de entrega serán:

1. Por correo certificado, en el domicilio proporcionado por el Contratante
2. Por correo electrónico, a la dirección de email proporcionada por el Contratante

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba la documentación contractual en el plazo señalado o requiera un duplicado o cualquier modificación a la misma deberá llamar al (55) 4433 8900 y la Compañía dará un número de folio con el cual el Contratante y/o Asegurado podrá dar seguimiento a su trámite hasta su conclusión, la documentación deberá ser entregada por la Compañía dentro de los 10 días hábiles siguientes a dicha solicitud.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta acordada, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hará constar mediante Endosos o Cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otro empleado de la Compañía no autorizado, no tendrán facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

3. Consentimientos Individuales

La Compañía debe contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, previo a su incorporación a dicho Grupo.

4. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de asegurados, el cual debe contar con la siguiente información: nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del grupo; sumas aseguradas o regla para determinarlas; fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo; operación y plan de seguros de que se trata; número de certificado individual y coberturas amparadas. A solicitud del Contratante, la Compañía le entrega copia de este registro.

A solicitud por escrito del Contratante, y siempre que proceda, la Compañía modificará el registro:

- Con los nuevos listados por altas, que formarán parte integrante del mismo.
- Anotando las bajas de Asegurados. El Contratante deberá hacer lo propio en su ejemplar.
- Con el cambio de Sumas Aseguradas.
- Al renovarse el Contrato.
- Con cualquier otro cambio que procediera, de acuerdo con este Contrato o con el marco jurídico relacionado con este Seguro.

El incumplimiento por parte del Contratante, sobre la entrega a La Compañía de la información que debe contener el Registro de Asegurados, traerá como consecuencia que la Compañía, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato de la baja de algún asegurado, el Seguro continuará en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubrirá la Prima correspondiente. Si no existe un vínculo o interés común entre el Asegurado y el Contratante, la Compañía tendrá pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la Prima correspondiente por el tiempo que estuvo asegurado.

5. Certificados Individuales

La Compañía debe expedir y entregar un certificado para cada uno de los integrantes del grupo asegurado. La Compañía, previo convenio con el Contratante, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar los certificados individuales, mediante alguna de las siguientes opciones:

- Proporcionando al Contratante los certificados individuales para su entrega a los asegurados.
- Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En todos los casos, el asegurado puede solicitar a la Compañía el certificado individual correspondiente. Para tal efecto, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, en dicho escrito deberá informar la forma en que desea sea enviado el Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Compañía enviará dentro de los 30 días siguientes dicho documento al Asegurado.

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

“Artículo 16.- La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y

- j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento."

6. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del Asegurado, por lo tanto, el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

Lo previsto en los párrafos anteriores, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

7. Vigencia del Contrato

El presente Contrato entrará en vigor desde la fecha en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía lo haya aceptado, quedando constatada dicha fecha por escrito en la Carátula de la Póliza. Inicia a las doce horas del primer día del período de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del período de seguro contratado.

8. Terminación del Contrato

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 hrs. de la fecha correspondiente: Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza.

En términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, una vez transcurrido el período de gracia establecido en estas Condiciones Generales sin que se haya pagado la prima o fracción que corresponda.

El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, mediante cheque nominativo en favor del Contratante o a través del medio solicitado por éste, en un plazo que no excederá de 10 días naturales posteriores a la fecha en que reciba el aviso de cancelación.

9. Prima

La prima total del Grupo Asegurado, así como las primas que corresponden a cada integrante, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y el Contratante es el responsable de realizar el pago.

La prima total del seguro es igual a la suma de las primas que correspondan a cada integrante del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación, suma asegurada de las coberturas otorgadas y tarifa en vigor.

10. Pago de Prima

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. La forma de pago de las primas es de acuerdo a la periodicidad solicitada por el Contratante y que contempla como opciones: anual, semestral, trimestral, cuatrimestral o mensual.

A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 días anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la forma de pago a cualquier periodicidad disponible.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes al momento de la celebración del Contrato y que se dará a conocer como parte integrante del mismo y en cada renovación.

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a su vencimiento, contra entrega del recibo oficial que ampare el pago.

La prima podrá ser pagada mediante cargos a una tarjeta de crédito débito o cuenta bancaria, conforme a la periodicidad que el Contratante haya solicitado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas no imputables a la Compañía, el Contratante se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o la fracción correspondiente en las oficinas de la Compañía, o bien, abonando a la cuenta bancaria que ésta le indique, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo o el comprobante emitido por la Institución Bancaria en dónde se abone el pago, serán prueba plena del pago de ésta.

11. Periodo de Gracia

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente 30 días naturales después de la fecha de vencimiento de la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días del periodo de gracia la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida del Asegurado afectado correspondiente al periodo que no hubiere sido pagada. **Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.**

12. Ajuste de la Prima

En cada renovación, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados y experiencia que haya tenido en los periodos de seguro.

A cada integrante del Grupo Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobrará la prima por devengar que corresponda a su edad (si es tarificación individualizada) o la del grupo global, según sea el caso, en el mismo plan, pero a un plazo igual al tiempo por transcurrir para el vencimiento del Contrato.

13. Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato, a solicitud del Contratante, siempre que se reúnan los requisitos de contratación del Seguro de Grupo. Para tal efecto, la solicitud deberá ser entregada a la Compañía con cuando menos 30 días de anticipación a la fecha de terminación de la vigencia de la póliza activa.

La renovación se llevará a cabo en las mismas condiciones en que fueron contratadas. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las primas que aplicarán en cada renovación. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza

14. Rehabilitación.

La Compañía podrá rehabilitar este Contrato, si hubiera dejado de estar en pleno vigor, al satisfacerse los siguientes requisitos:

- El Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcionará la Compañía.
- Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía.
- Pagar el importe del ajuste correspondiente al periodo descubierto, que comprende desde la fecha de cancelación hasta la fecha de la rehabilitación.

El Contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

15. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, serán realizados en Moneda Nacional.

16. Disputabilidad

Este Contrato, dentro de los dos primeros años de vigencia continua, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. Tratándose de integrantes de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho, es de un año, que se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el Contrato. En caso de rehabilitación de un Certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

17. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años para la cobertura de fallecimiento y dos años en los demás casos. Los plazos se contarán en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Compañía, de acuerdo al Artículo 50 Bis de la misma Ley.

18. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse por escrito a su domicilio social señalado en la Carátula de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía. Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante, Asegurado o Beneficiarios se deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio del cual tenga conocimiento la Compañía, notificaciones que surtirán plenamente todos sus efectos.

19. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

20. Obligaciones del Contratante

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de este Contrato:

- Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla y la designación de Beneficiarios como datos mínimos de información.
- Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación.
- Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas o alguna extraprime por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días naturales después del cambio.
- En caso de modificación, enviar a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, si es que lo amerita.
- Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

Alta de Asegurados (art. 17 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

"Las personas que ingresen al grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde

el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entiende que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.”

El Contratante debe notificar por escrito a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagar la prima que corresponda.

Baja de Asegurados (art. 18 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

“Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual que se haya expedido. En este caso, la Compañía a solicitud del Contratante, restituirá la parte de la prima neta no devengada de esos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.”

La Compañía realizará la devolución dentro de los treinta días contados a partir de que se le notificó la Baja del Asegurado, en este caso, el Asegurado o Contratante, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, proporcionará los datos bancarios de cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente, dando prioridad al medio de pago utilizado por el Asegurado o Contratante para el pago de la prima.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral (art. 19 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, se debe cumplir con lo siguiente:

“La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual

de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor..."

La Compañía manifiesta que para efecto de la presente cláusula, tiene registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y opera un plan individual ordinario de vida.

Cambio de Contratante (art. 20 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

"Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

- I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.
- II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante."

21. Beneficiarios

Todo integrante del grupo designará libremente a sus beneficiarios, cualquier integrante del grupo puede cambiar el beneficiario designado mediante notificación por escrito a la Compañía.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a su sucesión. La misma regla se observará cuando el beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecienta por partes iguales a las de los demás, salvo estipulación en contrario.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Advertencia

"En el caso de que se deseé nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor

de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

22. Edad

La edad de los integrantes del Grupo Asegurado, podrá comprobarse legalmente en aquellos casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del siniestro. Una vez que el Asegurado hubiere presentado prueba fehaciente de su edad a la Compañía, ésta lo anotará en el Certificado o extenderá un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas por este concepto.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por ésta, pero en este caso se devolverá la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y/o consentimiento correspondiente, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Las edades de aceptación y cancelación para este seguro se establecerán en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla siguiente:

Coberturas Básicas	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Fallecimiento	12	70	99
Gastos Funerarios Titular	12	70	99
Gastos Funerarios Cónyuge	12	70	71
Gastos Funerarios Hijos	30 días	24	25
Coberturas Adicionales	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Coberturas de Accidente	12	64	69
Coberturas de Perdidas Orgánicas	12	64	69
Coberturas de Invalidez	12	59	64
Graves Enfermedades	12	59	64

Fallecimiento a causa de Cáncer	12	59	64
Fallecimiento a causa de Cáncer Especial	12	59	64
Primer diagnóstico de Cáncer	12	59	64
Primer diagnóstico de Cáncer Especial	12	59	64
Intervención Quirúrgica	12	59	64
Renta diaria por hospitalización	12	59	64

En caso de menores de edad que tengan doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal, este último firmará al lado de la firma o nombre del menor que plasme el menor en el consentimiento correspondiente.

Cuando este seguro se otorgue como prestación laboral, la edad mínima de aceptación será de 15 años, tal como lo dispone la Ley Federal del Trabajo.

Si se descubre que el Asegurado se encontraba fuera de los límites de aceptación por edad al momento de su ingreso al Grupo Asegurado, quedará sin efecto el certificado individual expedido para ese Asegurado y la Compañía deberá devolver al Contratante el importe de la prima correspondiente a dicho Asegurado.

La cancelación del certificado individual correspondiente se realizará en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en el que el Asegurado cumpla la Edad de Cancelación señalada en el cuadro anterior.

23. Ajustes de la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la carátula de la póliza. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y en otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

24. Sistema de Administración

La Compañía y el Contratante convendrán el sistema de administración mediante el cual operará este contrato de seguro, el cual se hará constar en la carátula de la póliza, pudiendo ser:

AUTOADMINISTRACIÓN

Durante el transcurso de la vigencia de la póliza no será necesario reportar movimientos de altas y bajas de Asegurados. Únicamente se deberán reportar los Asegurados cuya Suma Asegurada rebase la Suma Asegurada Máxima Individual establecida en la carátula de la póliza. Asimismo, cuando la Suma Asegurada esté determinada con base al salario del Asegurado, se deberán reportar únicamente los incrementos en los salarios de los Asegurados que generen que su Suma Asegurada rebase la Suma Asegurada Máxima Individual establecida en la carátula de la póliza, siempre y cuando se requiera asegurar dicho excedente, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de Asegurados y Sumas Aseguradas, a más tardar 30 (treinta) días naturales posteriores al término de la vigencia, para que con base a éste se efectúe el ajuste de Primas. Para calcular dicho ajuste se considerará que los movimientos de Asegurados y sumas aseguradas se dieron uniformemente durante la vigencia por lo que la Prima del ajuste por movimientos se calculará de la siguiente manera:

1. Se determina una cuota promedio al millar de Suma Asegurada. Ésta resultará de dividir la Prima neta total de la póliza al momento de la emisión multiplicada por mil entre la Suma Asegurada total del beneficio básico del Grupo al momento de la emisión.
2. Se debe incluir los incrementos de Sumas Aseguradas de las reclamaciones solicitadas, así como los asegurados que se incorporaron a la póliza de forma posterior al inicio de vigencia de la póliza (vigencia del esquema de administración) y que no aparecen en el listado final.
3. Se obtiene la diferencia entre la Suma Asegurada total del beneficio básico del Grupo al término de vigencia menos la Suma Asegurada total del beneficio básico del Grupo al inicio de vigencia de la póliza.
4. Se multiplica la cuota promedio al millar por la diferencia resultante del punto 3 entre mil.
5. El resultado del punto 4 se divide entre dos. Este último resultado será el importe de la Prima neta correspondiente al ajuste anual por movimientos.

Queda estipulado por las partes que, si las altas o bajas de Asegurados durante la vigencia de la póliza rebasan un 20% de la población inicial, o si existe un incremento global del 20% de la suma asegurada se realizará el ajuste de Primas correspondientes al momento en que se rebase este porcentaje, generando el recibo de Prima que corresponda.

Bajo convenio expreso, se podrá pactar un porcentaje diferente al 20% antes mencionado.

Aquel Asegurado que no esté incluido al inicio de la vigencia, pero durante la misma sea dado de alta y posteriormente tenga un siniestro que lo excluya del grupo asegurado en el transcurso del período de cobertura, deberá cobrarse la Prima correspondiente en el ajuste final.

REGULAR

Este sistema se basa en el reporte, por parte del contratante, de todos los movimientos en el momento en que se presentan:

- Las altas deben ser reportadas utilizando el consentimiento que corresponda dentro de los 30 días naturales siguientes a que la persona se hizo elegible al plan. En caso de que se reporten fuera del plazo establecido, Thona Seguros, tiene la facultad de establecer los requisitos que considere convenientes para analizar su inclusión.
- Las bajas deben ser reportadas en papel membretado del contratante y firmado por el representante legal del mismo dentro de los 5 días naturales posteriores a que la baja fue efectiva.
- Ambos movimientos (Altas y bajas) deberán ser enviados en archivo electrónico.

Todos los movimientos son facturados al momento de su reporte y cobrados de acuerdo a la forma de pago de la póliza.

A DECLARACIÓN

Para poder aplicar este sistema de administración, el Contratante deberá proporcionar el listado de asegurados completo con la información necesaria para el cálculo de la Suma Asegurada para la emisión inicial y al término de cada mes proporcionar el listado de asegurados actualizado. Sobre este listado se calculará la prima correspondiente y se generará el cobro.

Para el cambio de esquema de administración el contratante tiene 30 días a partir de que recibe la póliza, posterior a este periodo el cambio estará sujeta a evaluación de la compañía.

25. Formas de Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta

bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito. El pago se efectuará dentro de los 30 días siguientes a que se hayan recibido los documentos e informaciones que permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta resulte procedente.

26. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado Individual de Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente respecto del integrante del Grupo Asegurado.

27. Notificación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o personal moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

28. Cambio por Riesgos

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud y/o Consentimiento correspondiente, referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los Asegurados.

Cualquier cambio a estas circunstancias deberá de notificarse a la Compañía, con el propósito de evaluar el nuevo riesgo y si procede, ajustar la prima correspondiente.

29. Interés Moratorio

Si la Compañía no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en los artículos 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dicen:

"Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."

"Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada

uno de los meses en que exista mora;

II.- *Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;*

III.- *En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;*

IV.- *Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;*

V.- *En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;*

VI.- *Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.*

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- *Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;*

VIII.- *La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.*

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX.-Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

30. Agravación Esencial del Riesgo

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (**Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (**Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**).

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (**Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (**Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Con independencia de lo anterior, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

31. Comprobación del siniestro

A continuación, se enlistan los documentos que se deberán presentar para la solicitud de pago de suma asegurada, de acuerdo al tipo de cobertura:

FALLECIMIENTO

- Formato de reclamación vigente proporcionado por la Compañía.
- Consentimiento Individual, si lo tuviera.
- Original del Certificado de defunción, si lo tuviera.
- Original del Acta de defunción del asegurado.
- Acta de matrimonio (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario).
- Copia de identificación oficial vigente de los Beneficiarios y del Asegurado, en caso de contar con ella.
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de los Beneficiarios.
- Estado de Cuenta de la institución Bancaria donde se realizará el pago de la Suma Asegurada, no mayor a tres meses.

- Acta de Nacimiento de los beneficiarios, si fuesen hijos del Asegurado.
- Últimos 3 recibos de nómina inmediatos a la fecha de ocurrencia del siniestro para empleados subordinados, si los tuviesen.
- Reporte individual de Movimientos e incidencias del IMSS o ISSSTE según corresponda, en caso de incremento de Suma Asegurada durante la vigencia, si lo tuviera.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- Formato de reclamación vigente, será proporcionado por la Compañía
- Consentimiento Individual.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado.
- Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a tres meses.
- Original del dictamen de Pérdidas Orgánicas o Invalidez Total y Permanente emitido por la Institución de Salud de la cual será derechohabiente o por Médico especialista, en caso de que no sea derechohabiente de alguna Institución de Salud.
- Reporte individual de Movimientos e incidencias del IMSS o ISSSTE según corresponda, en caso de incremento de Suma Asegurada durante la vigencia, si lo tuviera.
- Comprobante de baja del empleo por Invalidez total y permanente como: aviso de baja u hoja de servicios.
- Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete.

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS FUNERARIOS

- Formato de reclamación vigente, será proporcionado por la Compañía
- Consentimiento Individual, si lo tuviesen.
- Original del Certificado de defunción, si lo tuviera.
- Original del Acta de defunción del asegurado
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado, si la tuvieran.
- Copia de identificación oficial vigente de los Beneficiarios,
- Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses
- En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno (s) de los Asegurados Dependientes, documento en el cual se acredite el parentesco.

PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL

- Formato de reclamación vigente, será proporcionado por la Compañía
- Consentimiento Individual, si lo tuviese
- Original del Certificado de defunción, si lo tuviera.
- Original del Acta de defunción del asegurado
- Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente
- Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado, si la tuvieran.
- Copia de identificación oficial vigente de los Beneficiarios,
- Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses

PARA LAS COBERTURAS PÉRDIDAS ORGÁNICAS/GRAVES ENFERMEDADES/ CANCER/ HOSPITALIZACIÓN/ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- Formato de reclamación vigente, será proporcionado por la Compañía
- Consentimiento Individual.
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado
- Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a tres meses
- Original del dictamen de Pérdidas Orgánicas emitido por la Institución de Salud de la cual será derechohabiente o por Médico especialista, en caso de que no sea

derechohabiente de alguna Institución de Salud.

- Diagnóstico de la grave enfermedad o cáncer por médico especialista o institución de salud pública.
- Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

En caso de que el evento haya sido a consecuencia de un ACCIDENTE, además deberá presentar copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

Solo en los casos que sea necesario, la Compañía tendrá el derecho de solicitar toda clase de documentos e información adicional, con la cual pueda determinarse las circunstancias en la realización del siniestro, de conformidad con lo establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. **La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.**

La recepción de la documentación presentada por parte de La Compañía, no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

32. Dividendos – Participación en las Utilidades

La presente Póliza no otorga participación de utilidades por siniestralidad favorable.

33. Uso de Medios Electrónicos

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o el Asegurado podrán hacer uso de los Medios Electrónicos que la Compañía tenga disponibles (entendiéndose éstos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados) para la celebración de operaciones y servicios relacionadas con este contrato de seguro. Para efectos de la contratación del Uso de Medios Electrónicos, el Contratante y/o el Asegurado pueden solicitar la contratación a la Compañía, quien hará de su conocimiento los términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos, los cuales están disponibles para consulta previa a su contratación en <https://thonaseguros.mx/terminos-y-condiciones-de-uso-plataforma-digital>.

Las operaciones que se realicen a través de los Medios Electrónicos disponibles, serán en sustitución a la firma autógrafa del Contratante y/o Asegurado.

Entrega de documentación Contractual derivada de operaciones a través de Medios Electrónicos

La Compañía se obliga a entregar por escrito al Contratante y/o Asegurado, a través del medio elegido por éste, todos los documentos que contengan derechos u obligaciones de las partes, derivados del contrato celebrado, conforme a lo siguiente:

- De manera física en el domicilio proporcionado por el Contratante y/o Asegurado, por medio de una empresa de mensajería;
- A través correo electrónico en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato electrónico equivalente, previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante y/o Asegurado.

En caso de que, por cualquier motivo, no reciban la documentación contractual dentro de los 30 días siguientes a la contratación del seguro, el Contratante y/o Asegurado deberán comunicarse con la Aseguradora al número telefónico 5544338900 extensión 112, para que la Compañía entregue la documentación a través de alguno de los medios señalados anteriormente.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

Terminación del Contrato de Seguro a través de Medios Electrónicos:

En caso de que el Contratante y/o Asegurado quieran dar por terminado anticipadamente el contrato de seguro o solicitar no se renueve el mismo, deberán seguir alguno de los siguientes procedimientos:

- a) Solicitarlo mediante escrito entregado en el domicilio de la Compañía donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta póliza no será renovada o de que la misma será cancelada a partir del momento en que se emita dicho acuse. Al escrito de solicitud deberá acompañar copia de su identificación oficial.
- b) Enviando la solicitud por escrito, acompañada de copia de su identificación oficial al correo electrónico servicioasegurados@thonaseguros.mx, la Compañía enviará acuse de dicha solicitud que será el comprobante de que el contrato se terminó anticipadamente a solicitud del Contratante y/o Asegurado o de que no se renovará el contrato.

La Compañía, antes de emitir el acuse o folio correspondiente se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Contratante y/o Asegurado que haya formulado la solicitud para no renovar la póliza o la terminación anticipada de la misma.

III. Coberturas Básicas

1. Fallecimiento

Si durante la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada conforme a las condiciones generales de la póliza.

Terminación de la Cobertura

Esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en los siguientes casos:

1. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación descrita en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

2. Gastos Funerarios

Esta cobertura podrá ser contratada bajo alguna de las siguientes modalidades y en su caso estará descrita en los certificados individuales:

- Cobertura al Titular
- Cobertura al Titular y Cónyuge
- Cobertura Familiar (Titular, Cónyuge e hijos)

Para efectos de esta cobertura, se considerarán Asegurados a las personas que se encuentren amparados en la misma y que se encuentran señalados en el certificado individual correspondiente y otorguen su consentimiento para ser asegurados.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada por concepto de Gastos Funerarios, si el Asegurado fallece en fecha posterior a su Fecha de Alta, debiendo estar la póliza y certificado individual en vigor al momento del siniestro. Esta cobertura estará en vigor para los Asegurados Dependientes siempre y cuando el Asegurado Titular permanezca con vida.

La Suma Asegurada para esta cobertura estará descrita en la carátula de la póliza y certificado individual correspondiente.

La Suma Asegurada para menores de 12 años será de 10 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, Cónyuge y/o Hijos amparados por este contrato, la Compañía pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de fallecimiento de cualquiera de los hijos Asegurados menores de edad del Asegurado Titular, la indemnización de esta Cobertura se realizará al Asegurado Titular.

Para efectos de esta cobertura, solamente las personas que se indican a continuación podrán ser consideradas como Asegurados Dependientes, mediante la solicitud del Contratante y aceptación previa de La Compañía:

- El cónyuge, concubinario o conviviente menor de 99 años que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)
- Los hijos menores a 25 años de edad que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción).

Terminación de la Cobertura

Está cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en los siguientes casos:

1. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación descrita en la Cláusula Edad.
2. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, en el aniversario en que la edad cumplida de éstos sea de 25 años.

IV. Coberturas adicionales

Las coberturas adicionales serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas quedarán cubiertas si se encuentran amparadas en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificados Individuales y/o en los endosos correspondientes que se encuentren vigentes.

1. Muerte Accidental

La Compañía pagará al beneficiario o beneficiarios designados en el consentimiento, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

Se encuentra amparada bajo esta cobertura la muerte del Asegurado como consecuencia de actos delictivos en los que participe de forma involuntaria como sujeto pasivo. Por lo anterior se deberá presentar copia del acta del Ministerio Público certificada por el mismo, en donde se acredite que el evento que ocasionó las lesiones fue contra su voluntad.

2. Muerte Accidental Colectiva

Si el Integrante fallece a consecuencia de alguno de los incisos que más adelante se describen, La Compañía pagará al beneficiario o beneficiarios designados en el consentimiento, la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, así como la de Muerte Accidental.

- a. Un Accidente automovilístico en el cual llegare a viajar como pasajero, siempre y cuando el vehículo en el cual viajare sea considerado de servicio público, **no aéreo**, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b. Un Accidente en un ascensor en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. **Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.**
- c. Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Integrante al iniciarse el incendio.

Se encuentra amparada bajo esta cobertura la muerte del Asegurado como consecuencia de actos delictivos en los que participe de forma involuntaria como sujeto pasivo. Por lo anterior se deberá presentar copia del acta del Ministerio Público certificada por el mismo, en donde se acredite que el evento que ocasionó las lesiones fue contra su voluntad.

3. Pérdidas Orgánicas Escala A por Accidente

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
El pulgar de cualquier mano	15 %

El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular o meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Se encuentra amparada bajo esta cobertura la Pérdida Orgánica que sufra el Asegurado como consecuencia de actos delictivos en los que participe de forma involuntaria como sujeto pasivo. Por lo anterior se deberá presentar copia del acta del Ministerio Público certificada por el mismo, en donde se acredite que el evento que ocasionó las lesiones fue contra su voluntad.

4. Pérdidas Orgánicas Escala B por Accidente

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial del pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el pulgar y el índice de una mano	25 %
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25 %
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular o meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De los dedos, su anquilosis o separación de dos falanges completas cuando menos.

- De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Se encuentra amparada bajo esta cobertura la Pérdida Orgánica que sufra el Asegurado como consecuencia de actos delictivos en los que participe de forma involuntaria como sujeto pasivo. Por lo anterior se deberá presentar copia del acta del Ministerio Público certificada por el mismo, en donde se acredite que el evento que ocasionó las lesiones fue contra su voluntad.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL, MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA, PÉRDIDAS ORGÁNICAS A POR ACCIDENTE Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS B POR ACCIDENTE

- a) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Aquellas que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes.
- e) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- f) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas; excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, salvo que tenga contratado el endoso Lesiones por ingesta de alcohol.
- g) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

Salvo pacto en contrario, MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE que se originen por participar en actividades como:

- h) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- i) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.
- j) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- k) Práctica profesional de cualquier deporte.
- l) Paracaísmo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.

5. Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

Si durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente el Asegurado sufre un estado de **Invalidez Total y Permanente**, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del siniestro.

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas que demuestren o corroboren dicha condición y se tomará la fecha de inicio del estado de invalidez que se establezca en el dictamen correspondiente.

6. Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

Si durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente el Asegurado se invalida total y permanentemente la Compañía eximirá al Contratante del pago de la Prima correspondiente de la cobertura por fallecimiento del Asegurado en cuestión.

La Compañía le proporcionará a dicho Asegurado una Póliza de seguro con cobertura por fallecimiento donde se hará constar que quedará amparado durante toda la vida sin más pago de Primas, mientras dure el estado de invalidez, por la misma Suma Asegurada que tenía al momento de invalidarse.

Terminación de las coberturas por Invalidez Total y Permanente

La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación estipulada en la Cláusula Edad.

Exclusiones para las coberturas de Invalidez Total y Permanente y Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

La Compañía no estará obligada cuando el evento sea a consecuencia de:

- a) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado
- c) Lesiones sufridas cuando el Asegurado participe directamente en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección
- d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado como sujeto activo.
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos
- g) Lesiones sufridas estando el Asegurado bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico, salvo que tenga contratado el endoso **Lesiones por ingesta de alcohol**.

h) Enfermedades preexistentes, siempre y cuando la enfermedad preexistente tenga un pronóstico médico que claramente indique que dicha enfermedad llegará a generar un estado de invalidez futuro.

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso

Se ampara las siguientes actividades mediante convenio expreso y señaladas en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente bajo el cobro de la prima correspondiente:

- a) Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado como conductor o competidor en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- b) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura**
- c) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**

7. Graves Enfermedades

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en caso de que al Asegurado se le diagnostique una Grave Enfermedad. Se entenderá por Grave Enfermedad cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen (previa certificación médica) por primera vez durante el período de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

a) Infarto agudo de Miocardio.

Muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante:

- Historia de dolor torácico típico;
- Cambios nuevos en el electrocardiograma compatibles con infarto, y
- Elevación de las troponinas cardíacas.

Exclusiones:

- Cambios en el ECG que sugieran infarto previo, sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio
 - Angina de pecho
 - Elevación de enzimas sin cambios diagnósticos en el ECG ni signos clínicos de infarto

*ECG.- Electrocardiograma

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC).

Diagnóstico definitivo de un daño cerebrovascular agudo causado por una disminución del flujo sanguíneo al cerebro, originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extra craneal con:

- Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos de al menos 24 horas de duración;
- Déficit neurológico nuevo que persista al menos por meses después de la fecha del diagnóstico,

El diagnóstico debe ser comprobando por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen (Tomografía Computarizada o Resonancia Magnética Nuclear)

Exclusiones

- **Ataque isquémico transitorio**
- **ACV debido a traumatismo o infección**

c) Trasplante de órganos vitales

El procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos:

- Corazón,
- Uno o dos pulmones,
- Páncreas,
- Riñón,
- Hígado.

Exclusión

- **Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órgano, tejido o células que no se encuentren descritas en esta cobertura.**

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis:

Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis permanente o trasplante renal.

Exclusión

- **Falla o insuficiencia renal temporal o reversible que se resuelva con tratamiento.**

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios (“by-pass”).

Cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria interna o hemoductos aorto-coronarios.

La indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.

Exclusión

- **Angioplastía coronaria, colocación de stents coronarios o cualquier procedimiento intra-arterial con base en catéteres**

f) Cáncer:

Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. El término “cáncer” incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

Exclusiones

- **Cáncer de próstata en estadio menor a T2bN0M0**
- **Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor que T2N0M0**

Certificación Médica:

Se entenderá como certificación médica de las enfermedades cubiertas el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente. Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de La Compañía, el cual debe estar legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Terminación de la Cobertura

- a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación estipulada en la cláusula Edad.
- b) Cancelación de la cobertura básica.
- c) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura y agote la Suma Asegurada.
- d) La muerte del Asegurado Titular.
- e) Al término del plazo del seguro.

Exclusiones

La cobertura por Graves Enfermedades en cualquiera de sus padecimientos no se pagará en los siguientes casos:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
- b) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol, cualquiera que sea su grado.
- c) Enfermedades acompañadas por una infección VIH.
- d) Tratamientos previos a un trasplante.
- e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- f) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
- g) Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes del inicio de la vigencia de la póliza.

- h) Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo “sten” y similares.
 - i) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “in situ” no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren solo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.
 - j) El caso de periodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.

8. Fallecimiento a Causa de Cáncer

Si durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura conforme a las condiciones generales de la Póliza siempre y cuando el fallecimiento sea causa directa de cáncer.

9. Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial

La Compañía pagará a los beneficiarios designados, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, conforme a las condiciones generales de la póliza, cuando reciba las pruebas fehacientes, tanto del hecho y la causa del fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando el fallecimiento sea a causa directa de cáncer de mama, ovario o útero y próstata, y el fallecimiento haya ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

10. Primer Diagnóstico de Cáncer

Si durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, al Asegurado se le realiza un primer diagnóstico de cáncer, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente y no es reinstalable en el año de vigencia en que ocurra el evento.

11. Primer Diagnóstico de Cáncer Especial

Si durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, al Asegurado se le realiza un primer diagnóstico de cáncer de mama, ovario o útero y próstata, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente y no es reinstalable en el año de vigencia en que ocurra el evento.

Definiciones para las coberturas Fallecimiento a Causa de Cáncer, Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial, Primer Diagnóstico de Cáncer y Primer Diagnóstico de Cáncer Especial:

- Cáncer

Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un

crecimiento maligno. El término “cáncer” incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

- Cáncer “in situ”

Estadio temprano del cáncer en el cuál las células anormales o tumorales están aún confinadas al sitio donde se han originado y no se han extendido a los tejidos vecinos o a otros órganos del cuerpo.

- Cáncer Preexistente

Se considerará preexistente al Cáncer:

1. Diagnosticado por un médico legalmente autorizado, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
2. Por el que previamente a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

- Primer Diagnóstico

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

- Cáncer de mama o de seno

Es la afectación del tejido mamario por la presencia de tumores de células malignas con un crecimiento desordenado y que puede afectar diferentes partes de la glándula mamaria.

- Cáncer de ovario

Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.

- Cáncer cervicouterino:

Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).

Terminación de la Cobertura

- a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación descrita en la estipulada en la Cláusula Edad.
- b) Cancelación de la cobertura básica.
- c) La muerte del Asegurado Titular o Primer Diagnóstico de Cáncer.
- d) Al término del plazo del seguro.

Exclusiones para las coberturas Fallecimiento a Causa de Cáncer, Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial, Primer Diagnóstico de Cáncer y Primer Diagnóstico de Cáncer Especial:

- a. Diagnóstico o fallecimiento por cualquier enfermedad distinta al tipo de cáncer especificado en la cobertura contratada.
- b. El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como, cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado a la radioterapia.

- c. Cáncer “in situ” y cáncer de piel.
- d. Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.
- e. Cualquier tipo de cáncer no especificado en los Tipos de Cáncer Cubiertos
- f. Cualquier condición médica preexistente de cáncer, conforme a las definiciones de estas condiciones.

12. Intervención Quirúrgica

Si durante la vigencia del certificado individual, al asegurado se le diagnostica una enfermedad o sufre una lesión a consecuencia de un accidente cubierto y es necesario que sea intervenido quirúrgicamente, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura la cual tiene por objeto brindarle un apoyo económico por haber tenido una afectación a su salud; lo anterior de conformidad con las siguientes definiciones y lineamientos:

Evento Cubierto

Para efectos de esta cobertura se entenderá como Evento Cubierto las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 1 y las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 2 que a continuación se detallan:

Intervenciones Quirúrgicas

Se entenderá por Intervención Quirúrgica la práctica con fines terapéuticos de incisiones en cualquier parte del cuerpo con el fin de corregir anomalías o extraer cuerpos extraños, órganos o tumores; las intervenciones quirúrgicas requieren para su realización procedimientos anestésicos ya sean locales o generales.

Se entenderá como **Intervención Quirúrgica Tipo 1** aquellas en las que se abran alguna de las cavidades siguientes: el cráneo, el tórax, el abdomen o el cuello, así como las intervenciones de columna vertebral.

Se entenderá como **Intervención Quirúrgica Tipo 2** aquellas que no cumplen con la definición de Tipo 1, es decir, fuera de las cavidades.

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional.

En el caso de las siguientes intervenciones, aplicará un periodo de espera de 180 días, contados a partir de la fecha de Alta del Asegurado al Grupo Asegurado, siempre y cuando no sean a consecuencia directa de un accidente, en cuyo caso no aplicará periodo de espera alguno:

- a) Cirugías de Hernias de cualquier tipo.
- b) Cirugías de tumores benignos de piel, tejido celular subcutáneo y adiposo. Lipomas.
- c) Cirugías de vesícula biliar.

Comprobación Médica del Evento

Se entenderá como comprobación médica el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado

legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente. Se requerirá la presentación de:

- Copia de la factura hospitalaria si la intervención se realizó en institución privada.
- Carta comprobatoria en original y con papel membretado o sellado en la que conste el internamiento y el motivo del mismo, si la intervención se llevó a cabo en institución pública.
- Informe del cirujano (formato proporcionado por La Compañía).
- Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado (formato proporcionado por La Compañía).

La Compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del evento, los cuales serán sujetos a revisión y evaluación del médico dictaminador de La Compañía. En caso de que el médico dictaminador de la Compañía no ratifique el dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de La Compañía. La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.

Si debido a un mismo accidente o enfermedad el Asegurado requiere más de una intervención quirúrgica sólo se pagará la indemnización correspondiente a una de ellas (la de suma asegurada mayor).

Esta cobertura solo se pagará una vez por Asegurado por vigencia.

En caso de que debido a un Evento Cubierto el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que le corresponda, La Compañía efectuará el pago a la persona que presente la reclamación y los documentos que acrediten sus facultades de representación legal del Asegurado.

Exclusiones para la cobertura de Intervención Quirúrgica:

- a. Toda intervención quirúrgica relacionada con padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente.
- b. Toda intervención quirúrgica tendiente a la corrección de problemas o defectos congénitos.
- c. Toda intervención quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad e impotencia sexual.
- d. Toda intervención quirúrgica de tipo estético o reconstructivo incluyendo de tipo dental, salvo las necesarias como consecuencia directa de todo tipo de accidente.
- e. Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular.
- f. Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de sobre peso y obesidad y las encaminadas a corregir o tratar la calvicie.

- g. Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “insitu” no invasivos, así como la resección de cualquier tipo de nevo o lunar.**
- h. Intervenciones Quirúrgicas de nariz y senos paranasales cualquiera que sea su causa.**
- i. Intervenciones Quirúrgicas con fines preventivos o de comprobación del estado de salud.**
- j. Toda intervención quirúrgica de tipo dental, alveolar o gingival.**
- k. Intervenciones Quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:**
 - a. Práctica profesional de cualquier deporte**
 - b. Actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado**
 - c. Participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.**
 - d. Intento de suicidio o auto lesión.**
 - e. Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol, cualquiera que sea su grado.**
 - f. Estados de depresión o enajenación mental**
- I. Toda intervención quirúrgica requerida para tratar o atender cualquier complicación o secuela de un padecimiento o evento excluido o que no fue cubierto originalmente por esta póliza.**

13. Renta Diaria por Hospitalización

Si durante la vigencia del certificado individual, al asegurado se le diagnostica una enfermedad o sufre una lesión a consecuencia de un accidente cubierto y es necesaria su hospitalización, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura la cual tiene por objeto brindarle un apoyo económico por haber tenido una afectación a su salud

La Compañía pagará al Asegurado el importe estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, por cada día completo (24 horas) que permanezca hospitalizado por accidente o enfermedad, hasta el número de días máximo estipulado en dichos documentos.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge y los hijos, siempre y cuando éstos se encuentren asegurados en la cobertura de Gastos Funerarios..

En el caso de hospitalización por embarazo, parto y complicaciones del embarazo, aplicará un periodo de espera de ocho meses contados a partir del ingreso del Asegurado al Grupo.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el periodo de hospitalización y siempre y cuando tuviera derecho a la suma asegurada estipulada para esta cobertura, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios del Asegurado.

Exclusiones de la cobertura Renta Diaria por Hospitalización:

No se pagará la suma asegurada si la hospitalización es derivada de:

- a. Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas o hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- b. Cualquier tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales, salvo que sean expresamente aprobadas por la Compañía. Tampoco estarán cubiertos tratamientos a través de acupuntura, homeopatía y organometría.
- c. El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional.
- d. Tratamientos con fines estéticos, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización, de cirugía plástica salvo que sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del contrato.
- e. Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias.
- f. Una enfermedad psíquica o nerviosa.
- g. Un chequeo médico.
- h. Una interrupción voluntaria del embarazo.
- i. Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado.
- j. El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente.
- k. Un estado de demencia.
- l. En caso de hospitalización por accidente, un estado alcohólico caracterizado por un nivel de alcohol puro en sangre superior a 80 miligramos de alcohol por 100 mililitros de sangre o 0.40 miligramos de alcohol de aire espirado, en vigor el día del siniestro.
- m. Las estancias en hospital y/o clínicas para curas de desintoxicación alcohólica o de algún estupefaciente.
- n. Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades.
- o. Diálisis y hemodiálisis.
- p. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva
- q. Las enfermedades y accidentes que se produzcan por consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad del estado en tiempos de paz.
- r. Enfermedades profesionales definidas como tales en la legislación vigente y enfermedades y accidentes resultantes de la realización y/o participación del Asegurado en actividades profesionales deportivas o recreativas de elevada peligrosidad, tales como: pirotecnia, empleo de sustancias explosivas, tóxicas o corrosivas, actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares

- elevados, vuelo delta, taurinas de cualquier clase, boxeo, carreras con vehículos, embarcaciones o esquíes y la práctica profesional de deportes
- s. Padecimientos o enfermedades preexistentes durante los primeros 18 meses de cobertura ininterrumpida del Asegurado.
 - t. La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de lo comúnmente aceptado por los facultativos, así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravaciones que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de forma voluntaria y deliberada, notoriamente perjudiciales para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos, quirúrgicos o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas,
 - u. El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Compañía abonará únicamente la indemnización correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica, requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.

V. Endosos

Por las características de los siguientes endosos, éstos se otorgarán sin pago de Prima adicional, siempre y cuando se encuentren amparados en la Caratula de la Póliza y en el Certificado Individual, y mientras se encuentren en vigor.

1. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento

Por medio de este endoso se otorga, al momento de enterarse del fallecimiento del Asegurado, ocurrido dentro de la vigencia del certificado individual correspondiente, a los Beneficiarios designados en la proporción que les corresponda, un anticipo de la Suma Asegurada igual al 30% de la Suma Asegurada por el Beneficio de Fallecimiento con tope de \$100,000 M.N. Esta cantidad será descontada de la liquidación final a la que los Beneficiarios tuviesen derecho.

Para efectos del pago a los Beneficiarios, estos deberán presentar la siguiente documentación para tramitar el pago del anticipo:

- a) Certificado de defunción (copia)
- b) Consentimiento firmado por el Asegurado en donde designe a sus Beneficiarios, si lo tuviesen.
- c) Copia de identificación oficial del Beneficiario.

En caso de que se compruebe que el pago no fuese procedente, los Beneficiarios a los que se les hubiese pagado el anticipo deberán devolver los montos indemnizados en su totalidad.

2. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente

Por medio de este endoso se otorga, al momento de enterarse del fallecimiento a causa de un accidente del Asegurado, ocurrido dentro de la vigencia del certificado individual correspondiente, a los Beneficiarios designados en la proporción que les corresponda, un anticipo de la Suma Asegurada igual al 30% de la Suma Asegurada por el Beneficio de Muerte Accidental con tope de \$100,000 M.N.

Está cantidad será descontada de la liquidación final a la que los Beneficiarios tuviesen derecho.

Para efectos del pago a los Beneficiarios, estos deberán presentar la siguiente documentación para tramitar el pago del anticipo:

- a) Certificado de defunción (copia)
- b) Copia certificada de la Carpeta de Investigación
- c) Consentimiento firmado por el Asegurado en donde designe a sus Beneficiarios, si lo tuviesen.
- d) Copia de identificación oficial del Beneficiario.

En caso de que se compruebe que el pago no fuese procedente, los Beneficiarios a los que se les hubiese pagado el anticipo deberán devolver los montos indemnizados en su totalidad.

3. Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad

Mediante este beneficio La Compañía otorgará al Asegurado, por una sola ocasión un pago anticipado hasta un máximo del 50% (cincuenta por ciento) de la suma asegurada correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento que se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico, sin que este pago exceda el equivalente a \$1,000,000 (un millón de pesos 00/100 M.N.), al presentarse certificación médica mediante la cual se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado con una enfermedad grave cubierta por este seguro, en fase terminal, entendiéndose como fase terminal a todo padecimiento con diagnóstico emitido dentro de la vigencia de la Póliza, cuyo pronóstico es fatal para la vida del Asegurado y cuyo término de resolución se pronostica, dentro de un lapso menor a 365 días naturales contados a partir de la fecha en que se emitió el diagnóstico. Este beneficio será procedente siempre y cuando el certificado individual se encuentre vigente al momento en que le

sea diagnosticada la enfermedad grave por primera vez. El monto de Anticipo será descontado de la Suma Asegurada de la cobertura básica de Fallecimiento.

4. Anticipo de Suma Asegurada por enfermedad en fase terminal

Para efectos de esta Póliza, se considera como enfermedad en fase terminal, a todo padecimiento con diagnóstico emitido dentro de la vigencia de la Póliza, cuyo pronóstico es fatal para la vida del Asegurado y cuyo término de resolución se pronostica, dentro de un lapso menor a 365 días naturales contados a partir de la fecha en que se emitió el diagnóstico.

Mediante este beneficio La Compañía otorgará al Asegurado, por una sola ocasión un pago anticipado hasta un máximo del 50% (cincuenta por ciento) de la suma asegurada de la cobertura básica por fallecimiento que se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico, sin que este pago exceda el equivalente a \$500,000 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.), al presentarse certificación médica mediante la cual se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal. Este beneficio será procedente siempre y cuando el certificado individual se encuentre vigente al momento en que le sea diagnosticada la fase terminal por primera vez. El monto de Anticipo será descontado de la Suma Asegurada del beneficio básico por fallecimiento.

El Asegurado deberá acreditar mediante la presentación de la certificación médica a La Compañía, que es enfermo en fase terminal y, en su caso, tendrá que ser confirmado por un médico de La Compañía.

Para el pago del beneficio La Compañía dispondrá de un periodo de 30 días naturales, contados a partir de que el Asegurado presente la reclamación a La Compañía.

Exclusiones

El Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal, no será cubierto en los siguientes casos:

- **SIDA o presencia del virus del VIH**
- **Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo**
- **Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente.**

5. Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas por accidente

Por medio del presente endoso se hace constar que en caso de que el asegurado fallezca o sufra una pérdida orgánica cubierta como consecuencia de un accidente; la Compañía indemnizará la Suma Asegurada contratada siempre y cuando el fallecimiento o la pérdida orgánica ocurra dentro de la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente.

6. Accidentes o padecimientos previos

Por medio del presente endoso se hace constar que se amparan las lesiones provenientes de un accidente ocurrido o padecimiento o enfermedad que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:

- a) Se hayan declarado previamente al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado,
- b) Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la Póliza,

- c)Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado,
- d)Que mediante un expediente clínico demuestre la existencia previa al inicio de vigencia del alta del Asegurado al Grupo Asegurado.

Lo anterior siempre y cuando el Asegurado haya estado cubierto en una póliza de Grupo Vida con otra compañía de seguros de manera ininterrumpida y que no exista un periodo al descubierto mayor a treinta días naturales entre la vigencia de la compañía anterior y el inicio de vigencia de la presente póliza y/o certificado individual, lo que deberá comprobarse mediante la presentación de la copia de la póliza anterior, listado de asegurados o endoso y recibo de pago de la póliza.

7. Lesiones por ingesta de alcohol

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de un accidente cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, siempre y cuando él no sea responsable y así conste en actuaciones del Ministerio Público.

El sólo hecho de ser responsable del accidente al encontrarse bajo los efectos del alcohol se considerará culpa grave por lo que Thona queda eximida de cualquier pago.

8. Accidentes en vehículos a exceso de velocidad

Se cubre los beneficios de muerte accidental e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) hasta por el monto de Suma Asegurada para esta cobertura, por el siniestro que sufra el asegurado a causa de vehículos a exceso de velocidad, siempre que no se encuentre en competencia profesional o amateur, pruebas de velocidad o estuviera bajo influencia de sustancias ilegales o presencia de alcohol. Este sólo procederá en los casos en que las actuaciones del Ministerio Público indiquen que el asegurado no fue el causante de dicho accidente.

9. Aviación particular

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero a bordo de una aeronave privada, aerotaxis y aviones fletados entendiéndose como aeronave privada un avión de línea no comercial, siempre y cuando los vuelos que se efectúen no excedan 100 horas anuales. El piloto de la aeronave deberá contar con licencia vigente que lo acredite como tal.

Quedan incluidos los Accidentes que ocurren cuando el Asegurado viaje a bordo de helicópteros.

Este endoso no aplica a los Asegurados cuyas actividades sean similares a las que a continuación se enuncian: pilotos y copilotos de aeronaves y sobrecargos o auxiliar de éstos durante el vuelo.

10. Envenenamiento

Se cubren los beneficios de muerte accidental e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) hasta por el monto de Suma Asegurada para esta cobertura, por el siniestro que sufra el asegurado a causa de envenenamiento involuntario por accidente, siempre y cuando en las actuaciones del Ministerio Público se indique que el asegurado no fue el responsable del accidente.

11. Intoxicación

Se cubren los beneficios de muerte accidental e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) hasta por el monto de Suma Asegurada para esta cobertura, por el siniestro que sufra el asegurado a causa de la intoxicación a consecuencia de la inhalación de gas o vapores, veneno tomado, dado o absorbido de manera involuntaria.

12. Certificados individuales

Por medio del presente endoso, la Compañía considerará válidos los certificados de las compañías anteriores que hayan cubierto al asegurado, siempre que dichos certificados no tengan más de cinco años de antigüedad.

Esta aceptación solo será válida durante los primeros 36 meses de vigencia de la póliza a la cual se agrega el presente documento.

Los certificados deberán contener entre otros datos: Contratante, Nombre completo del Asegurado, Regla o monto de suma asegurada, fecha de nacimiento o edad del asegurado, vigencia del seguro, nombre completo de los beneficiarios, parentesco y en su caso el carácter de irrevocable.

En caso de siniestro, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, a los beneficiarios que consten en la última designación de Beneficiarios que esté en su poder y sea avalado por el Contratante, quedando liberada de toda responsabilidad si posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

13. Consentimientos

Por medio del presente endoso se hace constar que para dar cumplimiento al Artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, se considerarán como válidos los Consentimientos Individuales correspondientes a vigencias anteriores a la contratación de este seguro aún y cuando se hayan otorgado a otras Compañías de Seguros, siempre que dichos consentimientos no tengan más de cinco años de antigüedad.

Esta aceptación solo será válida durante los primeros 36 meses de vigencia de la póliza a la cual se agrega el presente documento.

Para que dichos Consentimientos sean válidos:

- a) Deberán de estar debidamente firmados por el Asegurado.
- b) Deberán contener la Suma Asegurada o regla para determinarla
- c) Deberán contener la designación de beneficiarios.

En caso de siniestro, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, a los beneficiarios que consten en la última designación de Beneficiarios que esté en su poder y sea avalado por escrito por el Contratante.

14. Deportes peligrosos

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de la práctica amateur de deportes peligrosos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultraligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia, así como otras actividades deportivas igualmente peligrosas, siempre y cuando estas actividades hayan sido realizadas bajo la supervisión de un instructor.

Adicional a lo anterior se incluye el uso recreativo u ocasional de motocicletas, cuatrimotos o motonetas.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

15. Edades

Por medio del presente endoso se hace constar que si con posterioridad a la muerte del asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y el Asegurado se encuentra dentro de las edades de aceptación, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada que corresponda conforme a la regla establecida en vigor, efectuando el ajuste correspondiente en primas y no en la Suma Asegurada.

16. Uso de motocicleta como herramienta de trabajo

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura aplicará únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que el Asegurado utilice la motocicleta como herramienta de trabajo.
- b) Que el accidente ocurra en horario laboral, desempeñando actividades propias de su trabajo y dentro de los límites de la entidad federativa donde se encuentra ubicado el contratante.
- c) El Asegurado deberá utilizar el equipo reglamentario de seguridad y contar con licencia de motociclista en vigor.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

17. Uso de motocicleta como medio de transporte

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

18. Pérdida del habla

Por medio del presente endoso se hace constar que se considera como pérdida orgánica dentro de los beneficios adicionales la pérdida total del habla, siempre y cuando sea consecuencia directa de un accidente y se presente dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, pagando un máximo del 25% de la suma asegurada contratada en la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

19. Suicidio

Por medio del presente endoso se hace constar que, en el entendido que el Grupo Asegurado se encuentra formada por un Grupo auténtico en el cual el asegurado no participa en el pago de las

primas, se cubre la muerte por suicidio (no se considera como accidente), cuando éste ocurra dentro de la vigencia del contrato cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, eliminando cualquier periodo de espera.

20. Indisputabilidad

Por medio del presente endoso se hace constar que, en el entendido que el Grupo Asegurado se encuentra formada por un Grupo auténtico en el cual el Asegurado no participa en el pago de las primas, el Contrato de seguro será indisputable desde el primer día de vigencia de la póliza o Certificado Individual.

En caso de haber presentado requisitos médicos y que la Suma Asegurada sea mayor a la Suma Asegurada Máxima Indemnizable vigente, la cantidad excedente siempre será disputable.

21. Suma asegurada máxima individual

Por medio del presente endoso se hace constar que para aquellos Asegurados que hayan presentado pruebas médicas a la Compañía, con una antigüedad no mayor a 6 meses a su alta en el Grupo Asegurado, y que tales pruebas hayan sido dictaminadas como normales, no será necesario presentar requisitos médicos, y los Asegurados podrán incrementar las Sumas Aseguradas, mientras dichos incrementos no rebasen el 10% de las Sumas Aseguradas contratadas.

22. Protección adicional por 30 días

Por medio del presente endoso se hace constar que quedarán cubiertos por un periodo máximo de 30 días a aquellos empleados que dejen de pertenecer al Grupo Asegurado, con afectación a la siniestralidad de la póliza y considerando la suma asegurada contratada por beneficio al momento de la baja.

23. Protección por 30 días mientras se presentan pruebas médicas

Por medio del presente endoso se hace constar se cubre por el total de suma asegurada que les corresponda a los asegurados a los que la Compañía les requirió pruebas médicas a efecto de ser dados de Alta en el Grupo Asegurado, por un periodo de 30 días contados a la fecha en que le sean notificadas éstas, sólo si el fallecimiento es a consecuencia de un accidente.

ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO (APLICABLE PARA TODAS LAS COBERTURAS QUE EXCLUYEN ENFERMEDADES PREEEXISTENTES)

En caso de que La Compañía rechace un siniestro como consecuencia de un padecimiento o enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto La Compañía como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de la celebración del contrato.

En ese caso, La Compañía y el Asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por La Compañía.



LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO

Los artículos citados en las presentes condiciones generales, pueden ser consultados en los siguientes sitios en internet:

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

[Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas](#)

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/211.pdf>

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS

FINANCIEROS

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LPDUSF.pdf>

REGLAMENTO del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n211.pdf>

THONA SEGUROS, S.A. DE C.V.

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Avenida Insurgentes Sur 1605 Piso 22, Col. San José Insurgentes, C.P. 03900, Alcaldía Benito Juárez, CDMX. Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx

Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx

Horario de atención presencial y telefónica: lunes a jueves de 9:00 a 17:30 horas, viernes de 9:00 a 14:30 horas. Con correo electrónico unidadesespecializada@thonaseguros.mx

COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México

Teléfono: (55) 53400999 o 01 (800) 999 8080

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Este contrato de seguro lo podrá consultar a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a través de la siguiente dirección electrónica www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 16 julio de 2025, con el número CNSF-S0120-0152-2025/CONDUSEF-006853-03.



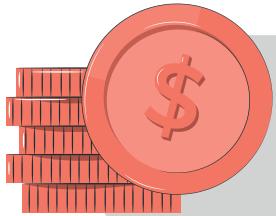
FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO:

Si tú conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro y evitarás imprevistos de último momento para estar mejor protegido.

Como Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, tienes derecho antes y durante la contratación del Seguro a:



Solicitar al agente, intermediario o persona moral con el que se esté llevando a cabo la contratación, se identifique con la cédula o certificado que le emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).



Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que ofrece el seguro. Dicha información se deberá entregar por escrito o a través de correo electrónico en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a su solicitud.



Recibir la información y documentación que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.



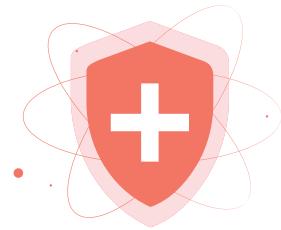
Solicitar que te sea entregado y explicado el aviso de privacidad que la aseguradora tiene establecido.



Ejercer tus derechos ARCO, para lo cual puedes llenar el formulario que se encuentra en la página www.thonaseguros.mx y enviarlo por mail a atencionaclientes@thonaseguros.mx



Si el Asegurado ha sido sometido a un examen médico para la contratación del seguro, la Aseguradora no podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relacionado al tipo de examen que se le haya practicado.



EN CASO DE SINIESTRO TIENE DERECHO A:



Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la misma.

Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora en caso de falta de pago oportuno de la suma asegurada.



Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si eres beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de inconformidad, podrás presentar una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada a Clientes (UNE) de la Aseguradora; o bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.

Si presentaste tu reclamación ante la CONDUSEF podrás solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF, si las partes no se sometieron al arbitraje.

No dudes en contactarnos de cualquier parte de la República Mexicana al número telefónico 800 088 4662 o bien al correo electrónico atencionclientes@thonaseguros.mx

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Usuario, ubicada en Av. Insurgentes Sur 1605, piso 22, Col. San José Insurgentes, Alc. Benito Juárez, C.P. 03900, CDMX, México. Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx con un horario de atención presencial y telefónica de lunes a jueves de 9:00hrs a 17:30hrs y viernes de 9:00hrs a 14:30 hrs. Con correo electrónico unidadespecializada@thonaseguros.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de julio de 2025, con el número CNSF-S0120-0152-2025/CONDUSEF-006853-03.

