



ViFLEX

Arma tu Paquete

PPAQ-S0120-0018-2022

Grupo y Colectivo



I.	Definiciones.....	6
1.	Accidente	6
2.	Anquilosis	6
3.	Asegurado.....	6
a.	Asegurado titular.....	6
b.	Asegurado dependiente.....	6
4.	Aseguradora.....	6
5.	Beneficiario	6
6.	Certificado Individual	6
7.	Colectividad y/o Grupo Asegurable.....	6
8.	Contratante	6
9.	Culpa Grave	7
10.	Deducible	7
11.	Detalle de Coberturas.....	7
12.	Endoso	7
13.	Enfermedad o Padecimiento Preexistente	7
14.	Franquicia	7
14.	Gasto Usual y Acostumbrado.....	7
15.	Incapacidad Temporal	8
16.	Invalidez Total y Permanente	8
17.	Pago Directo	8
18.	Periodo de Espera	8
19.	Periodo de Gracia	8
20.	Póliza	9
21.	Práctica Profesional del Deporte	9
22.	Prima.....	9
23.	Red de Thona.....	9
24.	Reembolso	9
25.	Siniestro.....	9
26.	Suma Asegurada	9
27.	UMA (Unidad de Medida de Actualización).....	9
II.	Cláusulas Generales	10
1.	Contrato.....	10
2.	Vigencia del Contrato	10



3.	Comunicaciones	10
4.	Modificaciones.....	10
5.	Moneda.....	10
6.	Primas	10
7.	Obligaciones del Contratante	11
8.	Número mínimo de Asegurados en la Colectividad	11
9.	Asegurados y Movimientos	11
10.	Terminación del Contrato.....	15
11.	Rehabilitación.....	15
12.	Renovación	15
13.	Suicidio	15
14.	Omisiones o Declaraciones Inexactas.....	15
15.	Edad.....	16
16.	Participación de Utilidades.....	17
17.	Beneficiarios.....	17
18.	Falta de Designación.....	18
19.	Interés Moratorio.....	18
20.	Competencia	19
21.	Identificación del Cliente	20
22.	Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral	20
23.	Prescripción	20
24.	Notificación de Reclamaciones.....	20
25.	Pago de reclamaciones	20
26.	Indemnización al Proveedor.....	21
27.	Entrega de Documentación Contractual	21
28.	Sistema de Administración.....	22
29.	Cambio por Riesgos.....	23
30.	Comprobación del siniestro.....	23
31.	Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas.....	25
32.	Uso de Medios Electrónicos.....	25
III.	COBERTURAS.....	27
	COBERTURAS BÁSICAS.....	27
	Fallecimiento	27
	Gastos Funerarios	27
	Muerte por Accidente	28

COBERTURAS ADICIONALES	28
Muerte Accidental Colectiva.....	28
Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años	28
Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años	29
Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente	29
Cobertura de Gastos Médicos por Accidente.....	31
Intervención Quirúrgica	32
Renta Diaria por Hospitalización	34
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente.....	34
Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente.....	34
Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	34
Fallecimiento a Causa de Cáncer.....	36
Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial.....	36
Primer Diagnóstico de Cáncer.....	36
Primer Diagnóstico de Cáncer Especial	36
Invalidez Total y Permanente por Accidente.....	37
Incapacidad Temporal por Accidente.....	38
IV. Exclusiones	39
V. Endosos	44
Anticipo de suma asegurada por fallecimiento	44
Anticipo de suma asegurada por muerte accidental	44
Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en fase terminal	44
Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas.....	45
Accidentes o padecimientos previos	45
Lesiones por ingesta de alcohol	45
Aviación particular	45
Certificados individuales	46
Consentimientos	46
Deportes peligrosos	46
Uso de motocicleta como herramienta de trabajo.....	47
Uso de motocicleta como medio de transporte	47
Nivel Hospitalario.....	47
Antigüedad.....	47
Pérdida del oído o habla.....	47
Suicidio.....	48

Suma asegurada máxima individual	48
Protección adicional por 30 días.....	48
Protección por 30 días mientras se presentan pruebas médicas	48

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.

Para efectos de la cobertura de gastos médicos por accidente, el accidente debe producir lesiones que hacen necesario someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas.

2. Anquilosis

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

3. Asegurado

Cada uno de los miembros del Grupo y/o Colectividad Asegurada, que goza de los beneficios por los riesgos amparados que se indican en la Carátula de la 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 de hasta 25 años, Cónyuge, Concubina (o), conviviente.

4. Aseguradora

THONA Seguros S.A. de C.V.

5. Beneficiario

Persona designada por el Asegurado, en el Consentimiento Individual, como titular de los derechos indemnizatorios para el caso de las coberturas de fallecimiento, muerte accidental, muerte accidental colectiva y gastos funerarios. En caso de las coberturas adicionales se indemnizará al Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, según corresponda.

6. Certificado Individual

Documento que la Aseguradora expide por cada Asegurado Titular, en donde consta, entre otros datos, las coberturas y sumas aseguradas amparadas.

7. Colectividad y/o Grupo Asegurable

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 de la Colectividad y/o Grupo Asegurable deberán firmar su consentimiento y estar inscritas en el registro de Asegurados.

Los integrantes de la Colectividad y/o Grupo Asegurable no deberán estar sujetos a un proceso de invalidez o incapacidad, o suspendidos de sus funciones, a menos que la Aseguradora acepte expresamente cubrir tales condiciones, lo cual deberá constar en la póliza o endoso correspondiente.

8. Contratante

Persona con la que se celebra el Contrato de Seguro que ampara a la Colectividad y/o Grupo Asegurable y es responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del Seguro de toda la Colectividad y/o Grupo.

9. 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.

10. Deducible

Para la cobertura de Gastos Médicos por accidente, es el porcentaje o cantidad establecida en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, que en caso de siniestro queda a cargo del Asegurado y que se descontará de la indemnización que corresponda. La Aseguradora no efectuará el pago de gastos médicos con costo inferior al deducible. El deducible será reinstalable por reclamación.

11. Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se indican los límites máximos de responsabilidad de la Aseguradora.

12. Endoso

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

13. 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.

14. Franquicia

Para la cobertura de Gastos Médicos por accidente, es el valor estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, que deberá ser superado a fin de que la Aseguradora responda por el total de los gastos médicos incurridos por el accidente cubierto. La franquicia será reinstalable por reclamación.

14. Gasto Usual y Acostumbrado

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre la Aseguradora y los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización. Esta información podrá ser consultada en el tabulador vigente que para tales efectos publique la Aseguradora a través de www.thonaseguros.mx.

El monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta póliza para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros), con los que la Aseguradora no tenga convenio, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad

o categoría con los que exista dicho convenio, atendiendo el tabulador indicado en el párrafo anterior.

15. Incapacidad Temporal

Es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

16. Invalidez 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 Invalidez Total y/o 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.

En los casos señalados en el párrafo anterior, así como en caso de accidente, no operará periodo de espera alguno.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal 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 particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la Invalidez Total y Permanente. En todos los casos se requerirá el aviso de baja emitido por la Institución de Salud en caso de ser derechohabiente de alguna de éstas o en su defecto, cuando no sea derechohabiente de una Institución de Salud, del Médico especialista; siendo la fecha de baja por invalidez la que se considere como fecha de ocurrencia del siniestro.

La Aseguradora 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 Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal, 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 Aseguradora, siendo el dictamen de 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 Aseguradora.

17. Pago Directo

Para efectos del contrato de seguro el Pago Directo es el beneficio mediante el cual la Aseguradora coordina y paga directamente al hospital y/o al médico con el cual ha celebrado convenio, por servicios médicos prestados a los Asegurados de acuerdo con las condiciones del presente contrato y cuando proceda la cobertura reclamada.

18. 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 transcurrir para que el Asegurado tenga derecho a los beneficios de la cobertura correspondiente.

19. Periodo de Gracia

Plazo que la Aseguradora concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones, en caso de que se haya pactado el pago en parcialidades.

20. Póliza

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

21. Práctica Profesional del Deporte

Es cuando el Asegurado se dedica voluntaria y regularmente a la práctica de un deporte dentro del ámbito de la organización y la dirección de un club o entidad deportiva, a cambio de una remuneración o salario que represente el sustento de su vida personal y lo obliga a practicar cotidianamente su actividad para perfeccionarla.

22. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y/o Asegurados.

23. Red de Thona

Hospitales y/o médicos con los cuales la Aseguradora tiene celebrados convenios para la prestación de servicios médicos para los Asegurados. Esta Red se puede consultar en <https://thonaseguros.mx/>

24. Reembolso

Para efectos del contrato de seguro, Reembolso es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. La Aseguradora reintegrará al Asegurado, hasta el monto de la Suma Asegurada, la cantidad que resulte después de aplicar el deducible correspondiente, o en su caso, cuando se haya rebasado la cantidad estipulado como franquicia, cuando así se haya contratado.

Todas las indemnizaciones vía Reembolso cubiertas por la Aseguradora serán liquidadas al Asegurado afectado, al Contratante, al Asegurado o a quien acredite haber realizado el gasto. Todos los comprobantes deberán ser originales y nunca en copias fotostáticas o recibos provisionales, en los cuales deberá constar el nombre del Asegurado afectado.

25. Siniestro

Realización de la eventualidad cubierta prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización a cargo de la Aseguradora.

26. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora, convenido para cada Cobertura y que se encuentra descrita en la carátula de la póliza, certificado individual y/o endoso correspondiente.

La regla para determinar la suma asegurada de las coberturas de cada integrante de la colectividad y/o grupo, debe estar claramente definida.

La suma asegurada de cada cobertura otorgada a los integrantes de la colectividad y/o grupo, debe estar dada por una regla de carácter general claramente definida, que no propicie casos de excepción, especulativos, discriminatorios o que representen selección adversa a la Aseguradora.

En cada cobertura, la Suma Asegurada **NO SERÁ REINSTALABLE** para eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

27. 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.

II. Cláusulas Generales

1. Contrato

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.

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

2. 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.

3. Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Aseguradora deberán dirigirse por escrito a su domicilio social señalado en la Póliza y/o certificado individual. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Aseguradora.

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 Aseguradora, notificaciones que surtirán plenamente todos sus efectos.

4. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora y se hace constar mediante Endosos registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otro empleado de la Aseguradora no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Aseguradora.

5. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, sean por parte del Contratante, Asegurado o la Aseguradora, se realizan en moneda nacional.

6. Primas

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato, no obstante el Contratante puede optar por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deben ser por periodos de igual duración y vencen al inicio de cada periodo 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.

El pago de la Prima podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

- a) Depósito o transferencia bancaria, en la cuenta que por escrito la Aseguradora le proporcione al Contratante.

Hasta en tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de las Primas, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el pago de las mismas, será prueba plena del pago de las Primas.

b) Pago directo, en el domicilio de la Aseguradora, contra recibo que ésta última expida.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual será de 30 días, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de ocurrir algún siniestro, dentro del término señalado en el párrafo anterior, la Aseguradora deducirá de la indemnización a que se tenga derecho, la parte faltante de la prima total anual vencida de la Colectividad y/o Grupo Asegurado a dicho periodo que no hubiere sido pagada.

A cada Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobra la prima por devengar que corresponda a un plazo igual al tiempo por transcurrir hasta el vencimiento del Contrato.

Cuando los Asegurados se separen de la Colectividad y/o Grupo Asegurado, se devuelve la prima no devengada, descontando de ella los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, previa solicitud escrita del Contratante, calculada esta prima desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la prima de acuerdo con su periodicidad de pago. Dicha devolución se realizará dentro de los 10 días naturales posteriores a la fecha en que la Aseguradora reciba la notificación de la separación, en este caso el Asegurado o el Contratante, en el mismo escrito que dirija a la Aseguradora, proporcionarán 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.

7. Obligaciones del Contratante

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

- a. Comunicar a la Aseguradora los nuevos ingresos a la Colectividad y/o Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deben 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.
- b. Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas de la Colectividad y/o Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación.
- c. 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 extraprima por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días naturales después del cambio y, las modificaciones solicitadas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. Tener a disposición de la Aseguradora, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

8. Número mínimo de Asegurados en la Colectividad

La colectividad asegurable deberá estar constituida, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75 % no sea inferior a 10 personas.

9. Asegurados y Movimientos

- a. **Registro de Asegurados.** La Aseguradora formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:
 - Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad y/o Grupo;
 - Suma asegurada o regla para determinarla;
 - 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 trate;
 - Número de Certificado individual, y
 - Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle 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.**

b. Consentimientos Individuales. La Aseguradora debe contar con el consentimiento por cada uno de los miembros de la Colectividad y/o Grupo Asegurado, previo a su incorporación.

c. Certificados Individuales

La Aseguradora deberá expedir y entregar un certificado para cada uno de los miembros de la Colectividad y/o Grupo Asegurado. La Aseguradora, 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 Aseguradora el certificado individual correspondiente. Para tal efecto, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Aseguradora, en dicho escrito deberá informar la forma en que desea se le envíe el Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Aseguradora 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.”

- d. **Reporte de Movimientos.** El Contratante debe reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados y, aumento o disminución de coberturas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran. Los movimientos quedan inscritos en el registro de Asegurados y la Aseguradora expide los certificados correspondientes.
- e. **Altas.** En caso de altas de Asegurados realizadas dentro del término de 30 días, la protección inicia con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que la persona sea elegible para formar parte de la Colectividad y/o Grupo Asegurado, siempre que la persona se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos. En caso contrario, el inicio de la protección queda condicionado a la aceptación por parte de la Aseguradora, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

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 o Colectividad 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 o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, 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 entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.”

El Contratante debe notificar por escrito a la Aseguradora los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagar la prima que corresponda.

- f. **Bajas.** La baja de un Asegurado es efectiva al momento de su separación de la Colectividad Asegurada. Las personas dadas de baja dejan de disfrutar de los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja de la Colectividad Asegurada.

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 o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

La devolución a que se refiere el párrafo anterior se realizará dentro de los 30 días siguientes a la solicitud de baja y a través del medio que manifieste el Contratante y/o Asegurado.

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 los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad 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 Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, 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 la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.
- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.”

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.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.”

La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, dicho reembolso se realizará dentro de los 30 días siguientes a la rescisión a través del medio que indique el Contratante y/o Asegurado.

- g. **Primas.** En caso de alta o de baja de Asegurados, de aumento o disminución de beneficios, la Aseguradora cobra o devuelve al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo de seguro. En caso de baja de Asegurados, la Aseguradora restituirá a quien haya pagado la prima, la prima neta no devengada calculada en días exactos, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Primas.
- h. **Pagos Improcedentes.** Cualquier pago que la Aseguradora haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar

dicho pago a la Aseguradora.

10. Terminación del Contrato

La terminación de este contrato celebrado entre la Aseguradora y el Contratante, puede darse por las siguientes causas:

- a. Al cumplirse el plazo que se indica en la Carátula de la Póliza
- b. A falta de pago de primas, en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c. El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no puede ser anterior a la fecha en que la Aseguradora reciba el documento. En este caso, la Aseguradora 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 en un plazo que no excederá de 10 días naturales posteriores a la fecha en que reciba el aviso de cancelación.

11. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del pago en cuestión, siempre que cumpla con lo siguiente:

- a. El Contratante lo solicite por escrito a la Aseguradora.
- b. Los Asegurados cumplan con los requisitos de asegurabilidad que la Aseguradora requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- c. Pagar el importe del ajuste correspondiente al periodo descubierto, que comprende desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.

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

12. Renovación

La Aseguradora renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. **En cada renovación se aplicarán las primas que se encuentren en vigor a la fecha de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Para tal efecto, la Aseguradora 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.**

La solicitud deberá ser presentada a la Aseguradora con al menos 30 días de anticipación a la fecha de terminación de la vigencia de la póliza activa.

13. 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 de la Colectividad y/o Grupo Asegurado.

14. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, 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 y/o colectividad.

15. Edad

Para efectos de este seguro, se considera como edad de los miembros de la colectividad y/o grupo, los años cumplidos que tenga a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

La edad declarada por el Asegurado podrá comprobarse fehacientemente, una sola vez, cuando así lo considere conveniente la Aseguradora.

Una vez efectuada la comprobación, la Aseguradora hará la anotación en el certificado individual correspondiente o extenderá un comprobante y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II.- Si la Aseguradora 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 Aseguradora 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 a la ocurrencia de un siniestro 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 Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Las edades de admisión para cada una de las coberturas son las siguientes:

Coberturas	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Fallecimiento	12	70	99
Gastos Funerarios Titular	12	70	99
Gastos Funerarios Cónyuge	14	70	71
Gastos Funerarios Hijos	30 días	24	25
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
Renta diaria por Hospitalización	12	59	64
Muerte Accidental	12	69	70
Muerte Accidental Colectiva	12	69	70
Coberturas de Pérdidas Orgánicas por Accidente	30 días de nacido	69	70
Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	69	70
Intervención Quirúrgica	12	59	64
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	12	69	70
Invalidez Total y Permanente por Accidente	12	69	70
Incapacidad Temporal por Accidente	12	69	70
Gastos Funerarios por Accidente Mayores 12 Años	12	69	70
Gastos Funerarios por Accidente Menores 12 Años	30 días de nacido	12 años	13 años

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.

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 a la Colectividad y/o Grupo Asegurado, quedará sin efecto el certificado individual expedido para ese Asegurado y la Aseguradora deberá devolver al Contratante el importe de la prima correspondiente a dicho Asegurado.

16. Participación de Utilidades

El presente contrato no genera participación de utilidades.

17. Beneficiarios

Todo Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier tiempo, notificándolo por escrito a la Aseguradora. Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Aseguradora, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos Beneficiarios de los cuales haya tenido conocimiento.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Aseguradora y conste en el certificado individual correspondiente.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de Beneficiario, la Aseguradora hubiera pagado el seguro al último Beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Aseguradora 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.

Observación

“En el caso de que se desee 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.”

18. Falta de Designación

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado Beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los Beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás.

19. Interés Moratorio

Si la Aseguradora, 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:

Ley Sobre el Contrato de Seguro

“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.”

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

“ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará

mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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.”

20. 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 Aseguradora 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.

21. Identificación del Cliente

Conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte de la colectividad y/o grupo de que se trate, a disposición de la Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

22. Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Aseguradora 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.

23. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán:

- I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En 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; y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, de acuerdo al Artículo 50 Bis de la misma Ley.

24. Notificación de Reclamaciones

Cualquier siniestro que pueda ser motivo de indemnización debe ser notificado a la Aseguradora en el curso de los primeros 5 días hábiles posteriores de su ocurrencia, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Aseguradora tan pronto como cese el impedimento.

La Aseguradora se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los Beneficiarios, para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la Aseguradora de cualquier obligación.

25. Pago de reclamaciones

La Aseguradora liquidará cualquier monto pagadero mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el Asegurado y/o Beneficiario le proporcione por escrito o en los casos que se requiera mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario. Dicho pago se realizará dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta sea procedente.

En el caso de la cobertura de pago de gastos médicos por accidente, la Aseguradora previo acuerdo con el Asegurado o su representante, en caso de que el Asegurado sea menor de edad, podrá pagar directamente al prestador de servicios médicos, previa presentación de la factura correspondiente. La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete, prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes, conforme al Gasto Usual y Acostumbrado.

La Aseguradora no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

26. Indemnización al Proveedor

La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes. **No se cubren gastos no relacionados con el tratamiento tales como pañuelos desechables, cremas, lociones, caja fuerte, servicio telefónico, televisión, restaurante o cafetería, etc.**

Los costos de hospitales, clínicas o médicos que estén en convenio con la Aseguradora, serán cubiertos con base en los tabuladores pactados previamente con ellos, los cuales se harán constar en los contratos respectivos.

Para los hospitales, clínicas o médicos que no estén en convenio con la Aseguradora, los costos serán cubiertos con base al Gastos Usual y Acostumbrado.

En todos los casos, la Aseguradora pagará, previa comprobación y una vez superado el deducible o franquicia correspondiente, hasta por la suma asegurada contratada, siempre que el gasto médico se origine dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogó el primer gasto.

27. Entrega de Documentación Contractual

La Aseguradora se obliga a entregar al Contratante la Carátula de la Póliza y condiciones generales, certificados individuales, 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, 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 Aseguradora.

Los medios de entrega serán:

1. Por correo certificado, en 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.

Cuando así se haya convenido, el Contratante está obligado a entregar a cada uno de los Asegurados los certificados individuales correspondientes, así como cualquier otro documento que contenga los derechos y

obligaciones derivadas de este contrato, no obstante lo anterior, cualquier Asegurado podrá requerir a la Aseguradora un duplicado de dichos documentos, de acuerdo a lo establecido en el párrafo anterior.

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.

28. Sistema de Administración

La Aseguradora 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:

AUTOADMINISTRADO

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. , 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 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 Grupo al término de vigencia menos la Suma Asegurada total 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 un 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. Aquel Asegurado que no esté incluido al inicio de la vigencia, pero durante la misma sea dado de alta y posteriormente fallezca en el transcurso del período de cobertura, deberá cobrarse la Prima previo a el pago de la indemnización.

Se podrán pactar un porcentaje diferente al 20% que podrá ir desde el 10% hasta el 30%, esto bajo la autorización particular.

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.

29. Cambio por Riesgos

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

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

30. Comprobación del siniestro

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

FALLECIMIENTO

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Aseguradora

Póliza original, si la tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción

Acta de defunción del asegurado

Acta de matrimonio (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran, y Beneficiarios

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago, en caso de que solicite que éste se realice mediante transferencia electrónica.

INVALIDEZ/GRAVES ENFERMEDADES

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Aseguradora

Póliza original, si la tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera

Copia de identificación oficial del Asegurado

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

Original del dictamen de Invalidez o Pérdidas Orgánicas

Diagnóstico de la grave enfermedad o cáncer por médico especialista o institución de salud pública.

Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago, en caso de que solicite que éste se realice mediante transferencia electrónica.

PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR ACCIDENTE

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.
Certificado Individual, si lo tuviese.
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Certificado de defunción, si lo tuviera.
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 del Asegurado, si la tuvieran.
Copia de la identificación oficial de los Beneficiarios.
Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses.
Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago, en caso de que solicite que éste se realice mediante transferencia electrónica.

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS FUNERARIOS

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.
Certificado Individual, si lo tuviese.
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Certificado de defunción.
Acta de defunción del Asegurado.
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.
Copia de identificación oficial 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 dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.
Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago, en caso de que solicite que éste se realice mediante transferencia electrónica.

En caso de gastos funerarios por accidente deberá presentar Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

PARA LAS COBERTURAS DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA A O ESCALA B POR ACCIDENTE, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y PAGO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

Formato de reclamación y aviso de accidente el cual será proporcionado por la Aseguradora.
Certificado Individual, si lo tuviese.
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Copia de identificación oficial del Asegurado.
Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a tres meses.
Original del dictamen de Incapacidad, Invalidez o 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.
Historial clínico, informe médico, estudios de laboratorio y gabinete.
Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago, en caso de que solicite que éste se realice mediante transferencia electrónica.

Para la cobertura de Pago de Gastos Médicos por Accidente, además deberá presentar las facturas que amparen los gastos médicos erogados con motivo del accidente cubierto.

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 aquellos casos en que de los documentos arriba señalados no sea posible determinar las circunstancias y consecuencias del siniestro, la Compañía tendrá derecho de solicitar documentos e información adicionales, lo anterior de conformidad a lo estipulado por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

31. Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas

La Compañía ampliará el periodo de gracia para el pago de la prima o las fracciones que se hubiesen convenido, en caso de pago en parcialidades, por un plazo de 60 días naturales adicionales a los que actualmente se estipulan en el Contrato de Seguro. Si la prima no es pagada a las 12 horas del último día del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el cual a la letra refiere:

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.”

Para efectos de que este endoso sea válido, se deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) Que la prima o la fracción que corresponda no se encuentre pagada,
- b) Que la póliza se encuentre vigente al momento de emisión de este endoso
- c) Que la póliza no haya cesado sus efectos por falta de pago de la prima o fracción que corresponda,
- d) El vencimiento de pago de la prima o los vencimientos de los pagos de las fracciones deberán producirse dentro de la vigencia de la póliza.

Una vez aceptada la ampliación por parte del Contratante, la Compañía emitirá el documento en el que conste la ampliación materia de este endoso.

En caso de que se presente un siniestro amparado durante el transcurso del periodo de gracia original o de su ampliación contemplado en esta cláusula sin que la prima hubiera sido pagada, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

TRANSCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:

Artículo 25.- “Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”

32. 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

El presente contrato ampara las coberturas contratadas y que se encuentran expresamente indicadas como cubiertas en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento – Certificado correspondiente. La responsabilidad máxima de la Aseguradora será el monto de la Suma Asegurada contratada para cada cobertura amparada y se encuentra estipulada de igual manera en la carátula de la póliza y/o Consentimiento – Certificado correspondiente.

COBERTURAS BÁSICAS

Fallecimiento

Si durante la vigencia de la póliza, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora 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 Aseguradora, 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.

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.

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 en vigor al momento del siniestro. Esta cobertura estará en vigor para los Dependientes Asegurados siempre y cuando el Asegurado Titular permanezca con vida.

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

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.

Cuando se trate del fallecimiento de un hijo menor de 12 años, la suma asegurada será 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de Medida y Actualización) vigente a la fecha del siniestro.

Para efectos de esta cobertura, solamente las personas que se indican a continuación podrán ser consideradas como Dependientes Asegurados, mediante la solicitud del Contratante, aceptación previa de La Compañía y otorgamiento del consentimiento previo del cónyuge, concubinario o conviviente e hijos mayores de 18 años y menores de 25 años:

- 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

Esta 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 caratula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.
2. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, en el aniversario en el aniversario inmediato posterior en que la edad cumplida de éstos sea de 25 años.
3. En caso de haberse contratado alguna de las Coberturas de Pago Anticipado de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente o Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, la cancelación se hará en la fecha en que se haya determinado y otorgado la invalidez al Asegurado Titular.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Gastos Funerarios por Accidente.

Muerte por Accidente

La Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados, 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.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados: al cónyuge, los hijos del Asegurado titular, y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

Para menores de doce años la cobertura tiene como objeto cubrir gastos funerarios y por lo tanto la suma asegurada no podrá ser mayor al equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de medida y Actualización vigente a la fecha del siniestro).

COBERTURAS ADICIONALES

Muerte Accidental Colectiva

Para esta cobertura, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada contratada, si el Integrante fallece a consecuencia de:

- 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.

Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años

La Aseguradora pagará al Asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado mayor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, 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.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular a consecuencia de un accidente cubierto, la indemnización para esta cobertura se efectuará al (los) Beneficiario (s) designado (s).

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter en el certificado individual correspondiente.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Gastos Funerarios.

Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años

La Aseguradora pagará al Asegurado Titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, 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.

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente y nunca podrá exceder al equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de Medida y Actualización) vigente a la fecha del siniestro.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Gastos Funerarios.

Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente

El Contratante tendrá la opción de elegir entre la Escala A o la Escala B, lo cual se hará constar en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

a) Escala A.

La Aseguradora 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 acontecido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- iii. 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.

b) Escala B

La Aseguradora 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 acontecido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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:

Pérdidas Orgánicas	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 de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el pulgar o 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 y meñique	5 %

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

- i. 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.

- ii. 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.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge y los hijos del Asegurado titular.

Cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Ampara el riesgo de someterse, en territorio nacional, a un tratamiento médico y/o quirúrgico, hospitalización, hacer uso de servicios de enfermería, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente cubierto hasta por la suma asegurada contratada que se muestra en la póliza y/o certificado individual. El pago de este beneficio podrá ser mediante Pago Directo o Reembolso de acuerdo con lo estipulado en la cláusula Pago de reclamaciones

Es importante resaltar que los insumos de órtesis como bota Walker, bota de rehabilitación, caminador Darco, Daonsa y similares, se cubrirán al tope máximo del valor mensual de una UMA de la fecha en que se origine el gasto, quedando las diferencias a cargo del Asegurado.

Tanto los accidentes relacionados con rodilla y nariz, así como los insumos de ortesis indicados en el párrafo anterior, tendrán Suma Asegurada limitada de acuerdo con lo indicado en el endoso de Padecimientos Especiales siempre y cuando dicho endoso se encuentre amparado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

Se entenderá por lesión de rodilla los esguinces, fracturas, luxaciones, contusiones, heridas que ocurren sobre los elementos que componen la articulación de rodilla (huesos, ligamentos, tendones, nervios, etc).

Se entenderá por lesión de nariz a las fracturas, heridas, luxaciones (desvío del tabique), contusiones que ocurren sobre Los elementos que componen la nariz.

En el caso de rehabilitación física se cubrirá como tope máximo de 30 sesiones, por cada 10 sesiones se solicitará informe médico con la actualización del estado clínico del Asegurado y aplicará el tabulador mencionado en la definición de gastos usual y acostumbrado.

Para los procedimientos por lesiones en columna, nariz y artroscopias la Aseguradora tendrá la facultad de solicitar una segunda opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

El uso de ambulancia se cubrirá solo en caso de urgencia médica derivada de un accidente es decir toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera una actuación médica inmediata.

La Aseguradora pagará, previa comprobación y una vez superado el deducible o franquicia correspondiente, en su caso, el costo de los mencionados tratamientos hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que éstos inicien dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se eroga el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la suma asegurada de esta cobertura o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero. Si el Asegurado no requiere de tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la Aseguradora.

La Suma Asegurada para esta cobertura se encuentra estipulada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente y es por evento.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge e hijos del Asegurado titular.

Si al momento de la reclamación, la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente estuviera amparada total o parcialmente por otros Seguros de Thona u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, ya sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar copias de pagos y finiquitos que le hayan expedido en otras aseguradoras con relación al siniestro reclamado.

En los términos de esta póliza, queda entendido que el Asegurado elige voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud a consecuencia del accidente cubierto, por lo que la Aseguradora no será

responsable de cualquier práctica o atención médica por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral, o de cualquier otro tipo con motivo de dicha atención médica.

Esta cobertura se podrá contratar con aplicación de deducible o de franquicia, lo cual se encontrará señalado en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

Intervención Quirúrgica

Si durante la vigencia del certificado individual, al asegurado se le diagnostica una enfermedad o sufre una lesión a consecuencia de una enfermedad o 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 cumplan con la definición de las 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:**
 - i. Práctica profesional de cualquier deporte**
 - ii. Actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado**
 - iii. Participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.**
 - iv. Intento de suicidio o auto lesión.**
 - v. Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol, cualquiera que sea su grado.**
 - vi. Estados de depresión o enajenación mental**

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.

Renta Diaria por Hospitalización

La Aseguradora 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 **enfermedad o por accidente**, hasta el número de días máximo estipulado en dichos documentos.

El objetivo de esta cobertura es brindarle al Asegurado un apoyo económico por haber tenido una afectación a su salud.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge e los hijos del Asegurado titular.

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 de la Asegurada a la Colectividad y/o Grupo.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, es decir, sólo se puede contratar una de ellas.

Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

La Aseguradora 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 un accidente cubierto, hasta el número de días máximo estipulado en dichos documentos.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge e los hijos del Asegurado titular.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, es decir, sólo se puede contratar una de ellas.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

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

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas que demuestren o corroboren dicha condición y después de que hayan transcurrido el periodo de espera contratado, mismo que podrá ser de 0, 3 o 6 meses y estará definido en la carátula de la póliza, contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Invalidez Total y Permanente por Accidente, es decir, solo se podrá contratar una de ellas.

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 Aseguradora eximirá al Contratante del pago de la Prima correspondiente de la cobertura por fallecimiento del Asegurado en cuestión.

La Aseguradora 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 descrita en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

Graves Enfermedades

La Aseguradora 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 al 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 en el electrocardiograma, y
- Elevación de las enzimas cardíacas.

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC).

Cualquier incidente o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas con duración de, por lo menos 24 horas y que incluya:

- Infarto del tejido cerebral;
- Hemorragia de un vaso intracraneano, o
- Embolización de fuente extracraneal.

Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.

c) Trasplante de órganos vitales

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

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

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.

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.

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.

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 especialista en la materia designado por la Aseguradora.

Terminación de la Cobertura

- 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.
- Cancelación de la cobertura básica.
- A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura y agote la Suma Asegurada.
- La muerte del Asegurado Titular.
- Al término del plazo del seguro.

Fallecimiento a Causa de Cáncer

Si durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora 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.

Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial

La Aseguradora 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.

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 Aseguradora 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.

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 Aseguradora 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.

Se entiende por:

- **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"**

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

- **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 de útero o 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 carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.
- b) Cancelación de la cobertura básica.
- c) La muerte del Asegurado Titular o Primer Diagnóstico de Cáncer.
- d) Al término del plazo del seguro.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, el Asegurado sufre un accidente que le cause estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen de estado de Invalidez Total y Permanente.

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas que demuestren o corroboren dicha condición y después de que hayan transcurrido seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

También se considera estado de invalidez total y permanente, sin que opere el período de espera de 6 meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo
- La pérdida de una mano y de un pie

Para 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 esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge y los hijos del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente, es decir, solo se podrá contratar una de ellas.

Incapacidad Temporal por Accidente

Si como consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado sufriera un estado de incapacidad temporal, la Aseguradora pagará en una sola exhibición la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre que la incapacidad sea mayor o igual a doce días.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge y los hijos del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

Pruebas para las coberturas de Invalidez Total y Permanente e Incapacidad Temporal

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal del Asegurado, se requerirá la presentación a la Aseguradora 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 particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal.

En caso de que la Aseguradora cuente con evidencias de que el estado físico del Asegurado, al momento de la reclamación, no deriva en una Invalidez total y Permanente o Incapacidad Temporal, no se considerará como definitivo el dictamen emitido a que se hace referencia en el párrafo anterior, por lo que la Aseguradora 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 o Incapacidad Temporal. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal, 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 Aseguradora, siendo el dictamen de 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 Aseguradora.

IV. Exclusiones

No se cubrirán los siniestros cuando sean a consecuencia de:

- a) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), alborotos populares o revolución,
- b) Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el haya sido el provocador,
- c) Cualquier forma de navegación submarina,
- d) Aquellas que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes.
- e) Riesgo no cubierto por este contrato,
- f) Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinflingidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen,
- g) Cuando el Asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas, enervantes, estimulante o similares, excepto si fueron prescritas por un médico,
- h) Explosiones nucleares o radioactivas o por contaminación radioactiva,
- i) 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,
- j) Pruebas de velocidad o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa,
- k) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres,
- l) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- m) Envenenamientos de cualquier naturaleza o inhalaciones de gas de cualquier tipo, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para las de coberturas Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente:

- a) 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.
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.
- c) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- d) Práctica profesional de cualquier deporte.
- e) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel,

jet ski.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

El contrato de seguro no cubre gastos médicos derivados de:

- a) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- b) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada, que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- c) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente lo establecido en el apartado de "Definiciones".
- d) Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine)
- e) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- f) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
- g) Gastos por tratamiento profiláctico, preventivo, multivitamínicos, suplementos alimenticios, gastro protectores, y gastos personales no relacionados con el tratamiento dentro del hospital.

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente:

- a) 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.
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.
- c) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- d) Práctica profesional de cualquier deporte.
- e) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.
- f) La reposición de prótesis dentales, alveolares o gingivales, de aparatos ortopédicos, así como prótesis auditivas y/o implantes auditivos y/o auxiliares para mejorar la audición, que el Asegurado ya utilizaba, cualquiera que sea su tipo y sin importar la naturaleza o causa de su reposición.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

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 en el momento en que tome efecto la póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por la Aseguradora. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la 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) 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.
- f) Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado.
- g) El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente.
- h) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias
- i) Una enfermedad psíquica o nerviosa
- j) Un chequeo médico
- k) Una interrupción voluntaria del embarazo
- l) Un estado de demencia
- m) Las estancias en hospital y/o clínicas para curas de desintoxicación alcohólica
- 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) 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 esquís y la práctica profesional de deportes

- q) Padecimientos o enfermedades preexistentes.**
- r) 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**
- s) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Aseguradora 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.**

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para la cobertura de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente:

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 en las que participe el asegurado de forma activa.**
- b) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto cuando se haya contratado el o los Endosos Uso de Motocicleta como Herramienta de trabajo y Uso de motocicleta como medio de transporte.**
- 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.**

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

- a) Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.**
- b) Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes, según se definen en estas condiciones.**
- c) Reclamaciones relacionadas con tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis,**

psicosis, excepto si se demuestra que son consecuencia de un accidente.

Exclusiones para 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.
- 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

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.

V. Endosos

Por las características de los siguientes beneficios, éstos se otorgarán sin pago de Primas siempre y cuando se encuentren descritas en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual, y mientras se encuentren en vigor.

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.
- 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.

Anticipo de suma asegurada por muerte accidental

Por medio de este endoso se otorga, al momento de enterarse del fallecimiento a causa de un accidente del Asegurado, 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. 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:

- Certificado de defunción (copia)
- Carpeta de Investigación del Ministerio Público
- Consentimiento firmado por el Asegurado en donde designe a sus Beneficiarios.
- 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.

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en fase terminal

Mediante este beneficio La Aseguradora 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 \$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 enfermedad en 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 Aseguradora, que es enfermo en fase terminal y, en su caso, tendrá que ser confirmado por un médico de La Aseguradora.

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

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.**

Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas

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; Thona 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.

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 a la Colectividad y/o Grupo Asegurado,
- b) Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la Póliza,
- c) Aquéllos 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 la Colectividad y/o Grupo Asegurado.

Lo anterior siempre y cuando el Asegurado haya estado cubierto en una póliza de Grupo Vida o Colectiva Accidentes Personales 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.

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, siempre y cuando él no sea responsable y así conste en la carpeta de investigación 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.

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 ocurran 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, pero no limita: pilotos y copilotos de aeronaves y sobrecargos.

Certificados individuales

Por medio del presente endoso, Thona 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, Thona 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.

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 de Thona u 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, Thona 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.

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.

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.

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.

Nivel Hospitalario

Pago Directo: Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Medio y dentro de la Red de Thona, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo aplicando las condiciones contratadas. Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Alto y dentro de la Red de Thona, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo incrementando el deducible contratado en la cantidad de Mil Pesos mexicanos y los gastos hospitalarios procedentes serán indemnizados al 85%.

Reembolso: Cuando la atención médica sea en hospitales fuera de la Red de Thona, la indemnización se realizará vía Reembolso aplicando el tabulador vigente al momento del siniestro. Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel alto, la indemnización podrá realizarse vía reembolso incrementando el deducible contratado en la cantidad de Mil Pesos mexicanos y los gastos hospitalarios procedentes serán indemnizados al 85%.

Antigüedad

Se reconoce la antigüedad de cada Asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad y/o Grupo Asegurado, siendo la fecha de vigor el inicio de la primera expedición de una póliza en una institución mexicana de seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura.

El reconocimiento de antigüedad se otorga únicamente para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas y/o cláusulas sujetas a dicha condición (disputabilidad y suicidio); será reducción o eliminación de acuerdo al periodo que se haya tenido cubierto en otra aseguradora.

Si la documentación con la cual se respalda el periodo cubierto en otra aseguradora, no se presenta al contratar la póliza, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de Thona Seguros. Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificación alguna, en lo que respecta a este endoso

Pérdida del oído o 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 o del oído siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente, pagando un máximo del 20% de la suma asegurada contratada en la cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente.

Suicidio

Por medio del presente endoso se hace constar que, la Aseguradora cubrirá 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.

Suma asegurada máxima individual

Por medio del presente endoso se hace constar que para aquellos Asegurados que hayan presentado pruebas médicas a la Aseguradora, con una antigüedad no mayor a 6 meses a su alta en la Colectividad y/o 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.

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 a la Colectividad y/o Grupo Asegurado, con afectación a la siniestralidad de la póliza y considerando la suma asegurada contratada por beneficio al momento de la baja.

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 Aseguradora les requirió pruebas médicas a efecto de ser dados de Alta en la Colectividad y/o 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 LA COBERTURAS QUE EXCLUYEN ENFERMEDADES PREEXISTENTES)

En caso de que la Aseguradora 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 Aseguradora como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de la celebración del contrato.

En ese caso, la Aseguradora 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 Aseguradora.

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

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/64.pdf>

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Leyes%20y%20Reglamentos/Reglamento%20del%20Seguro%20de%20Grupo%2020-jul-2009.pdf>

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Av. Insurgentes Sur No. 1228, Piso 7, Colonia Tlacoquemécatl, C.P. 03200, Ciudad de México

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionclientes@thonaseguros.mx

Horario de atención: lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas, viernes de 9:00 a 15:00 horas.

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 (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 de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de marzo de 2022, con el número PPAQ-S0120-0018-2022/CONDUSEF-005263-01.

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 atencionclientes@thonaseguros.mx



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 siniestro se 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.



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 **atencionacientes@thonaseguros.mx**

Adicionalmente, puedes acudir a nuestra **Unidad Especializada de Atención al Usuario**, ubicada en Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7 Col. Tlacoquemecatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía Benito Juárez CDMX Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx con un horario de atención de lunes a jueves de 9:00hrs a 18:00hrs y viernes de 9:00hrs a 14:30 hrs.

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 28 de marzo de 2022, con el número PPAQ-S0120-0018-2022/CONDUSEF-005263-01.

