



**THONA
SEGUROS®**



Seguro de Vida Individual
Cáncer de Mujer
Condiciones Generales

Contenido

| | |
|--|----|
| I. DEFINICIONES..... | 2 |
| 1. Asegurada | 2 |
| 2. Cáncer | 2 |
| 3. Cáncer ‘in situ’ | 2 |
| 4. Cáncer Preexistente | 2 |
| 5. Contratante..... | 2 |
| 7. Diagnóstico de Cáncer | 2 |
| 8. Médico | 2 |
| 9. Hospital | 4 |
| 10. Primer Diagnóstico | 4 |
| 11. Periodo al Descubierto | 4 |
| 12. Siniestro | 4 |
| 14. Tipos de Cáncer cubiertos: | 4 |
| II. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS | 5 |
| EXCLUSIONES..... | 5 |
| III. CONDICIONES GENERALES | 7 |
| Vigencia del Contrato | 7 |
| Modificaciones al Contrato..... | 7 |
| Beneficiarios | 8 |
| Moneda..... | 8 |
| Deducciones | 8 |
| Rehabilitación..... | 8 |
| Competencia | 9 |
| Prescripción..... | 10 |
| | 10 |
| Uso de Medios Electrónicos..... | 13 |
| Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas..... | 14 |

I. DEFINICIONES

1. Asegurada

Es la persona física del sexo femenino amparada conforme a las coberturas contratadas en esta póliza.

2. Cáncer

Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo tiene el crecimiento y la reproducción desordenada y sin control de células en algunos órganos determinados formando tumores. Estas células se pueden “sembrar” a distancia en ganglios linfáticos y / u otros órganos, conocido como “Metástasis”.

El crecimiento desordenado y sin control de algunas células de la sangre y que sea identificado por el nombre de Leucemias y Linfomas aunque no forman tumores se considera Cáncer.

3. 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 histopatológico se describe a la pieza quirúrgica con bordes libres de células tumorales.

4. Cáncer Preexistente

Se considerará preexistente el Cáncer:

- a. que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o
- b. diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
- c. por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico

El criterio que se tomará para considerar los incisos a) y b) anteriores, será la existencia de un dictamen, previo a la solicitud del seguro, médico en el cual se haga constar que la enfermedad tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza

5. Contratante

Es la persona que ha solicitado la celebración del presente contrato de seguro a La Compañía y es responsable ante la misma del pago de las primas correspondientes. El Contratante puede ser la misma Asegurada.

6. Compañía o Aseguradora

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

7. Diagnóstico de Cáncer

Para efectos de este seguro se entenderá que el diagnóstico del cáncer deberá basarse por el estudio usando microscopio y clasificando las células observadas firmando por un anatómo patólogo certificado por el Consejo Mexicano de Patología.

8. Médico

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que cuente con la



THONA SEGUROS®

Seguro de Vida Individual
Cáncer de Mujer

certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para diagnosticar las enfermedades que ampara el presente contrato.

9. Hospital

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

10. Primer Diagnóstico

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

11. Periodo al Descubierto

Lapso de tiempo durante el cual la póliza no está pagada. Inicia en el momento que el contrato cese en sus efectos por falta de pago de la prima correspondiente de acuerdo al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y las condiciones generales de la póliza, y termina en caso de que el contrato sea rehabilitado.

12. Siniestro

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

13. Suma Asegurada

Es el monto de la indemnización que la Compañía deberá pagar a la Asegurada o sus Beneficiarios, una vez que ocurra la eventualidad cubierta en términos del presente contrato. La suma asegurada contratada para cada una de las coberturas deberá estar estipulada en la carátula de la póliza

14. Tipos de Cáncer cubiertos:

Para efectos de este contrato se entenderá por cáncer de mayor Incidencia:

- a. Cáncer cérvico-uterino: Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).
- b. Cáncer de mama: 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.
- c. Cáncer de ovarios: Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.

II. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

A) Cobertura de Fallecimiento por Cáncer

La Compañía pagará a los beneficiarios designados, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, conforme a las Condiciones Generales de la póliza, cuando reciba las pruebas fehacientes, tanto del hecho y la causa del fallecimiento de la Asegurada, así como de los derechos del reclamante, siempre y cuando el fallecimiento sea causa directa de alguno de los tipos de cáncer cubiertos.

B) Cobertura por Primer Diagnóstico

Si durante la vigencia de la póliza, a la Asegurada se le realiza un primer diagnóstico de cualquiera de los tipos de cáncer establecidos en este contrato, la Compañía le pagará la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Una vez que se ha presentado el primer diagnóstico sujeto de esta cobertura, y con independencia de que la Compañía quede obligada o no al pago de la indemnización correspondiente en los términos del presente contrato, esta cobertura quedará cancelada de forma definitiva para la Asegurada, sin la posibilidad de reinstalarse en el año de vigencia en que ocurra el evento.

C) Indemnización Diaria por Hospitalización: La Compañía pagará al Asegurada la suma asegurada establecida en la caratula de póliza por cada día que permanezca hospitalizada a consecuencia del primer diagnóstico de cualquiera de los tipos de cáncer cubiertos.

El tiempo máximo de días que cubre este beneficio es de 30 días naturales contados a partir del primer día de hospitalización. La Asegurada deberá acreditar su internamiento hospitalización en un Hospital Público o Privado.

Esta cobertura tiene un tiempo de espera de 30 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza y no es reinstalable en el año de vigencia en que ocurra el evento.

EXCLUSIONES

Queda excluido de ambas coberturas, lo siguiente:

- a) Diagnóstico o fallecimiento por cualquier enfermedad distinta al cáncer.
- 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".
- 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 Cubierto
- f) Cualquier condición médica preexistente de cáncer, entendiéndose por ésta
 - a. que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o



- b. diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
- c. por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico

El criterio que se tomará para considerar los incisos a. y b. anteriores, será la existencia de un dictamen médico, previo a la solicitud del seguro, en el cual se haga constar que la enfermedad tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza

Periodo al Descubierto

No procederá el pago de reclamaciones por el cáncer que se hayan manifestado mediante expediente médico durante algún periodo al descubierto. Al momento de originarse un periodo al descubierto, la Asegurada pierde la antigüedad que haya generado. Para la rehabilitación de la póliza de seguro la Asegurada deberá cubrir el pago de la prima correspondiente, cumplir nuevamente con el proceso de selección y aceptación que le indique la Compañía.

Edades de Aceptación

Para efectos de este seguro, se considera como edad de la Asegurada, 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 la Asegurada debe comprobarse legalmente cuando así lo considere conveniente la Compañía. Una vez efectuada la comprobación, la Compañía hace la anotación correspondiente y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Las edades de aceptación para este seguro son de 18 a 69 años de edad.

Cuando se compruebe que la edad se encuentra:

- a) Dentro de los límites de admisión registrados por la Compañía.

- a.1) Si en vida de la Asegurada, la edad real al expedirse la póliza es,

I. Mayor que la declarada: el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del Contrato.

II. Menor que la declarada: la Suma Asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real de la Asegurada, en el momento de celebrarse el Contrato. Las primas ulteriores, deberán reducirse de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del Contrato.



a.2) Si después del fallecimiento de la Asegurada, se descubre que la edad declarada por la Asegurada en la solicitud es diferente a la real: la Compañía pagará la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del Contrato.

b) Fuera de los límites de admisión registrados por la Compañía: el Contrato quedará rescindido automáticamente y la Compañía devolverá en caso de que hubiere y corresponda a la presente Póliza, el pago de la Reserva Matemática.

III. CONDICIONES GENERALES

Contrato de Seguro

La Compañía se obliga en los términos de este contrato, a brindar a la Asegurada la protección de las coberturas amparadas en la póliza a cambio de la obligación del pago de la Prima convenida, a partir del momento en que la Asegurada tenga conocimiento de la aceptación de su oferta y durante la vigencia de la misma.

La carátula de la póliza, estas condiciones generales, endosos, la solicitud de seguro, así como los recibos de pago de primas, constituyen testimonio de este contrato celebrado entre La Compañía y el Contratante.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante 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 (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Vigencia del Contrato

La vigencia de esta Póliza principia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la misma.

Modificaciones al Contrato

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

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

Beneficiarios

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

La Asegurada 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 Compañía y conste en la presente Póliza.

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

Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, por parte del Contratante o de la Compañía, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Primas

El importe de la prima vence en el momento de la celebración del contrato, no obstante el Contratante puede pagar la Prima anual de manera fraccionada durante los plazos de pago estipulados en la póliza, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado convenida entre el Contratante Asegurado y La Compañía en la fecha de la celebración del contrato.

Deducciones

Cualquier Prima vencida y no pagada, será deducida de la liquidación que proceda.

Cesación del Contrato

Una vez transcurridos 30 días naturales siguientes a la fecha del vencimiento de la prima o fracción de ésta, si La Compañía no recibe el pago de la prima correspondiente, el Contrato de Seguro cesará en sus efectos, en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo, siempre que cumpla con lo siguiente:

- a) Lo solicite por escrito a la Compañía.
- b) La Asegurada cumpla con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- c) Pagar el importe del ajuste correspondiente al período 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 Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

Omissiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y la Asegurada están obligados a declarar por escrito a La Compañía, todos los hechos importantes que se le pregunten en la solicitud y cuestionarios adicionales, para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Comunicaciones

La Compañía enviará al Contratante toda comunicación que deba efectuar en cumplimiento de este Contrato o de la ley, al último domicilio que él mismo le hubiera dado a conocer por escrito, con lo que bastará para que se tengan por hechos válidamente.

Cualquier comunicación que el Contratante y/o la Asegurada quieran hacer a la Compañía relacionada con el presente Contrato, deberán efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio de dicha Compañía en la Carátula de esta Póliza, o en el que la misma le avise posteriormente por escrito.

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el Contratante, la Asegurada y Beneficiarios, deberán proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos.

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.

Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años, 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 el Título Quinto de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como, por lo señalado en el penúltimo párrafo del Artículo 50 Bis de la misma Ley.

Derecho del Contratante a conocer la comisión o compensación que le corresponda al intermediario o persona moral

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

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 Fianzas, que a la letra dicen:

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

“ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro 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

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;

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.”

Comprobación del siniestro

Para que la Compañía pague la suma asegurada de la(s) cobertura(s) contratada(s), el Asegurado o sus Beneficiarios deberán presentar ante la Compañía un dictamen emitido por el médico o médicos que hubieren atendido a la Asegurada, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.

En el caso de la cobertura por Primer Diagnóstico, la Compañía a su costa tendrá derecho de solicitar a la Asegurada, que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que la Asegurada se niegue a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad de pago de la indemnización convenida.

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

FALLECIMIENTO

- a) Formato de reclamación
- b) Póliza original, si la tuviera
- c) Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
- d) Certificado de defunción
- e) Acta de defunción de la asegurada



- f) Acta de nacimiento del asegurado
- g) Acta de nacimiento del (los) beneficiario (s)
- h) Acta de matrimonio (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
- i) Copia de identificación oficial de la Asegurada y Beneficiarios
- j) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses.

PRIMER DIAGNÓSTICO/HOSPITALIZACIÓN

- a) Formato de reclamación
- b) Póliza original, si la tuviera
- c) Último recibo de pago de primas, si lo tuviera
- d) Copia de identificación oficial de la Asegurada
- e) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
- f) Original del diagnóstico de cáncer de alguno de los Tipos de Cáncer Cubiertos por médico especialista o institución de salud
- g) Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

La Compañía se reserva el derecho a solicitar a la Asegurada o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

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 Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora, 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.

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."

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 02 de Octubre de 2015, con el número CNSF-S0120-0450-2015/CONDUSEF-001344-01.

El número de registro que la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros: CONDUSEF-001344-01.

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).

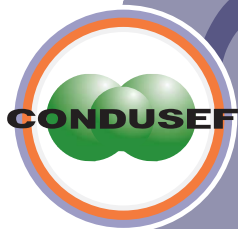
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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

atencionclientes@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 02 de Octubre de 2015, con el número CNSF-S0120-0450-2015 /CONDUSEF-001344-01.

