



**THONA
SEGUROS®**



**Seguro de Vida Individual
Condiciones Generales**

I. DEFINICIONES	3
Compañía.....	3
Póliza.....	3
Endoso	3
Contratante	3
Asegurado	3
Beneficiario	3
Detalle de Coberturas.....	3
Vigencia	3
Suma Asegurada.....	3
Prima.....	3
Siniestro	3
Accidente	3
Anquilosis.....	3
Invalidez Total y Permanente	4
II. CLÁUSULAS GENERALES	4
Contrato	4
Modificaciones	4
Omisiónes o Declaraciones Inexactas	4
Vigencia del Contrato	5
Terminación del Contrato	5
Prima.....	5
Pago de Prima.....	5
Periodo de Gracia	5
Renovación	6
Rehabilitación.....	6
Moneda	6
Disputabilidad.....	6
Prescripción	6
Comunicaciones.....	7
Competencia	7
Beneficiarios.....	7
Edad	7
Grave enfermedad	8
Ajustes de la Suma Asegurada	9
Formas de Liquidación	9
Suicidio.....	9
Notificación de Comisiones	9
Cambio por Riesgos.....	9

Interés Moratorio	9
Comprobación del siniestro	11
Uso de Medios Electrónicos	12
Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas.....	12
III. COBERTURAS.....	13
Coberturas Básicas Fallecimiento.....	13
Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad.....	13
Anticipo por Fallecimiento para Gastos Funerarios.....	14
Coberturas Adicionales.....	15
Gastos Funerarios.....	15
Coberturas por Accidente	16
Indemnización por Muerte Accidental (MA)	16
Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)	16
Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (MAC).....	17
Terminación de las coberturas por accidente	18
Coberturas por Invalidez Total y Permanente	18
Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI).....	18
Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT).....	18
Terminación de las coberturas por invalidez.....	18
o) Cobertura de Graves enfermedades (GE)	19
Grave Enfermedad	19
Terminación de la Cobertura.....	20

I. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato se entenderá por:

Compañía

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

Póliza

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

Endoso

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

Contratante

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

Asegurado

Persona física que gozarán del beneficio por los riesgos amparados en la Carátula de esta Póliza.

Beneficiario

Persona física designada en la Póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.

Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de la Compañía y del Contratante y/o Asegurado.

Vigencia

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

Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura, ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

Prima

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

Siniestro

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

Accidente

Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Integrante. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Integrante.

Anquilosis

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



Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entiende por invalidez total y/o permanente, la que inhabilite al Asegurado de manera Total y/o permanente para el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, 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.

El dictamen correspondiente deberá ser emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina, preferentemente con especialidad en medicina del trabajo o por alguna institución pública de seguridad social. La Compañía se reserva el derecho de revisar cualquier dictamen emitido, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al Asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente suma asegurada.

II. CLÁUSULAS GENERALES

Contrato

La Compañía se obliga en los términos de éste contrato, a brindar al Contratante y Asegurados 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 el Contratante 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 concuerdan con la oferta acordada, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Modificaciones

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

Omisiones o Declaraciones Inexactas

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

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

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.

Terminación del Contrato

Puede terminar por cualquiera de las siguientes causas, a las 12:00 hrs. de la fecha correspondiente:

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones.
- b) En términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, una vez transcurrido el periodo de gracia establecido en estas Condiciones Generales sin que se haya pagado la prima o fracción de ésta.
- c) El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato.

Prima

Las primas que corresponden a cada asegurado, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada y el Contratante es el responsable de realizar el pago.

Pago de Prima

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. La forma de pago de las primas es de acuerdo a la periodicidad solicitada por el Contratante y que contempla como opciones: anual, semestral, trimestral, cuatrimestral o mensual. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 días anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la forma de pago a cualquier periodicidad disponible.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes al momento de la celebración del Contrato y que se dará a conocer como parte integrante del mismo y en cada renovación.

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

Periodo de Gracia

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

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

Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato, a solicitud del Contratante.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma, registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. 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.

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) El Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
- b) El Asegurado 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 Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

Moneda

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

Disputabilidad

Este contrato será indisputable por cuanto a la rescisión a que se refiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde el momento en que cumpla un año de estar en vigor, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado; entendiendo por esto que La Compañía renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisiones, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

Asimismo, no serán disputables por cuanto a la rescisión a que se refiere el párrafo anterior, después de un año a partir de la fecha de su inicio de vigencia, los incrementos de Suma Asegurada o la inclusión de algún beneficio o cláusula adicional no estipulados en el contrato original, por omisiones o inexactas declaraciones contenidos en los documentos que formen parte de la póliza y que hayan servido de base para el otorgamiento de los mismos.

Prescripción

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

"ARTÍCULO 82.- *El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor."*

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito



con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora.

Comunicaciones

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse por escrito a su domicilio social señalado en la Carátula de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante se deberán hacerse por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía.

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.

Beneficiarios

El asegurado tiene derecho a designar libremente a sus beneficiarios y siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier asegurado puede cambiar el beneficiario designado mediante notificación por escrito a la Compañía.

El Contratante no puede intervenir en la designación de beneficiarios, ni puede, en ningún caso, figurar con este carácter salvo que el objeto del contrato de seguro sea alguno de los siguientes:

Garantizar créditos concedidos por el Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el seguro garantice créditos, el Contratante sólo puede ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente.

Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pueda causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

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

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario. 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.

Edad



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

Si antes de ocurrir un siniestro se descubre que el Asegurado declaró inexactamente su edad, y la misma se encuentra dentro de los límites fijados por la Compañía en la Carátula de la Póliza, el Certificado correspondiente seguirá en vigor por la misma Suma Asegurada de acuerdo a las reglas siguientes:

Si la edad declarada resultase inferior a la real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real, en la fecha de celebración del Contrato, efectuándose para tal efecto, el ajuste de costos que significó en diferencia de primas, la inexacta declaración de edad. Las primas ulteriores deberán aplicarse de acuerdo a la edad real.

Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la Reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

En cualquier caso, el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del Asegurado de que se trate.

Si antes o después de ocurrir un siniestro se descubre que la edad real del Asegurado en la fecha de contratación del seguro estaba fuera de los límites de admisión fijados en la Carátula de la Póliza, el Contrato quedará rescindido y la Compañía reembolsará al Contratante la Reserva Matemática correspondiente.

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

Coberturas	Asegurado	Mínima	Hasta		
			Aceptación	Renovación	Cancelación
Fallecimiento	Titular	12 Años	99 Años	99 Años	100 Años
	Titular	12 años	99 Años	99 Años	100 Años
Gastos Funerarios	Cónyuge o concubino	19 Años	99 Años	99 Años	100 Años
	Hijos	1 DÍA	25 Años	25 Años	25 Años
Accidentes	Titular	12 Años	74 Años	79 Años	80 Años
Invalidez Total y Permanente	Titular	12 Años	69 Años	74 Años	75 Años
Graves Enfermedades	Titular	15 Años	64 Años	64 Años	65 Años

Grave enfermedad

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

Para efectos de esta Póliza, los padecimientos que se consideran como enfermedad en fase terminal, en forma limitativa, son:

- Cáncer: Cáncer mortal; Tumor de cerebro benigno; Melanoma maligno en etapa temprana; Cáncer de próstata en etapa temprana y Carcinoma ductal in Situ (CDIS);



- Corazón: Infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco); Injerto de derivación de arteria coronaria (CABG); Angioplastia coronaria; Reemplazo de la válvula de corazón y Cirugía de aorta;
- Accidente cerebrovascular;
- Insuficiencia renal;
- Trasplante de órganos principales y el fracaso en lista de espera;
- Esclerosis múltiple;
- Enfermedad de Alzheimer;
- Enfermedad de Parkinson; y
- Pérdida de existencia independiente (LOIE).

Ajustes de la Suma Asegurada

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

Formas de Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito.

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.

Notificación de Comisiones

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

Cambio por Riesgos

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

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

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:

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;

Cuando la obligación principal se nomine 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;

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;

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;

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;

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:

Los intereses moratorios;

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

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

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 impondrá 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

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

FALLECIMIENTO

Formato de reclamación

Póliza original, si la tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción

Acta de defunción del asegurado

Acta de nacimiento del asegurado

Acta de nacimiento del (los) beneficiario (s)

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

Copia de identificación oficial del Asegurado y Beneficiarios

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

En caso de muerte accidental, copias certificadas de las actuaciones del Ministerio Público completas.

INVALIDEZ/PÉRDIDAS ORGÁNICAS/GRAVES ENFERMEDADES

Formato de reclamación

Póliza original, si la tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera

Acta de nacimiento del asegurado

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

La Compañía se reserva el derecho a solicitar al Asegurado 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.

Valores Garantizados

La presente Póliza no genera valores garantizados en favor del contratante.



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) Envíando 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 período 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 período 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 período 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.”

III. COBERTURAS

Coberturas Básicas Fallecimiento

Si durante la vigencia de la póliza, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada conforme a las condiciones generales de la póliza.

Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad

Mediante este beneficio La Compañía otorgará al Asegurado, por una sola ocasión un pago anticipado hasta un máximo del 50% (cincuenta por ciento) de la suma asegurada correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento que se encuentre en vigor, sin que este pago exceda el equivalente a 500,000 MXP, 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 la póliza se encuentre en vigor.

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

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

Grave Enfermedad



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

Para efectos de esta Póliza, los padecimientos que se consideran como enfermedad en fase terminal, en forma limitativa, son:

- Cáncer: Cáncer mortal; Tumor de cerebro benigno; Melanoma maligno en etapa temprana; Cáncer de próstata en etapa temprana y Carcinoma ductal in Situ (CDIS);
- Corazón: Infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco); Injerto de derivación de arteria coronaria (CABG); Angioplastia coronaria; Reemplazo de la válvula de corazón y Cirugía de aorta;
- Accidente cerebrovascular;
- Insuficiencia renal;
- Trasplante de órganos principales y el fracaso en lista de espera;
- Esclerosis múltiple;
- Enfermedad de Alzheimer;
- Enfermedad de Parkinson; y
- Pérdida de existencia independiente (LOIE).

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.

Terminación del Beneficio

La cobertura de Anticipo de Suma asegurada por Enfermedades en Fase Terminal terminará en los siguientes casos:

- Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura.
- Primera ocurrencia de una enfermedad en fase terminal que sea indemnizada por esta cobertura.
- Muerte del Asegurado.
- Cancelación o terminación de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura. En el caso de que La Compañía proceda a pagar el anticipo de la suma asegurada correspondiente por la ocurrencia o diagnóstico confirmado de una enfermedad en fase terminal, se terminará la obligación para ella sin posibilidad de reinstalación de la suma asegurada en cuestión.

Anticipo por Fallecimiento para Gastos Funerarios

El Beneficiario podrá solicitar un anticipo hasta por un máximo del 30% (treinta por ciento) del total de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, sin que este pago exceda el equivalente a 100,000 MXP.

Este beneficio procederá siempre y cuando:

El Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su credencial oficial de identificación por ambos lados, del Certificado individual y del Consentimiento en donde conste su designación de Beneficiario.

El Beneficiario, en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del integrante, es decir, la Compañía deducirá hasta por el 30% (treinta por ciento) sobre el total de la Suma Asegurada vigente de beneficio de fallecimiento a que tiene derecho el Beneficiario y, el remanente, le será cubierto al Beneficiario una vez que esté presente su reclamación formal a la Compañía.

En caso que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que haya solicitado el anticipo por fallecimiento, siempre y cuando el porcentaje que le corresponda como Beneficiario sea por la misma cantidad o mayor al importe del pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

Terminación del Beneficio

La cobertura de Anticipo por Fallecimiento para gastos Funerarios terminará en los siguientes casos:

- Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura.
- Primera ocurrencia de un Gasto funerario que sea indemnizada por esta cobertura.
- Muerte del Asegurado.
- Cancelación o terminación de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura. En el caso que La Compañía proceda a pagar el anticipo de la suma asegurada correspondiente, se terminará la obligación para ella sin posibilidad de reinstalación de la suma asegurada en cuestión.

Coberturas Adicionales.

Las coberturas adicionales a la cobertura por fallecimiento, serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas se encontrarán estipuladas en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificados o en los endosos correspondientes que se encuentren vigentes. Cada una de estas coberturas adicionales, tendrán el siguiente tratamiento.

Gastos Funerarios

Esta Cobertura podrá ser otorgada bajo las siguientes condiciones:

- Cobertura al asegurado Titular
- Coberturas al asegurado Titular y al Cónyuge
- Cobertura Familiar (Titular, Cónyuge e Hijos)

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada por concepto de Gastos Funerarios, si el Asegurado Titular o alguno de sus Dependientes Asegurados fallecen 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.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, La compañía pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de presentarse el fallecimiento de alguno de los Dependientes Asegurados, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado Titular.

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

El cónyuge, concubinario o conviviente menor de 99 años que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)



Los hijos menores a 25 años de edad que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción).

Terminación de la Cobertura

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

1. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la carátula de la póliza.
2. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, esta cobertura cesará sus efectos en el aniversario 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.

Coberturas por Accidente

En caso que algún o algunos de los Integrantes sufra un Accidente, de haberse contratado alguna de las coberturas adicionales por Accidente que más adelante se describen, la Compañía pagará la indemnización que se haga constar en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los endosos correspondientes.

Indemnización por Muerte Accidental (MA)

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del Integrante haya ocurrido por Accidente, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Los Beneficiarios para el caso de Muerte Accidental, serán los específicamente designados por el Integrante en el Consentimiento, en su defecto, a la sucesión del Integrante.

Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)

En caso de que el Integrante fallezca o sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada (Escala A o Escala B), que se muestra a continuación:

Por la pérdida de:

	Escala A	Escala B
La vida	100%	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	--	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	--	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	--	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	--	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	--	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	--	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	--	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	--	6%



Por la pérdida de:
Cualquier dedo del pie

Escala A	Escala B
--	6%

En caso de sufrir el Integrante varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Integrante sufriere en uno o más eventos varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla anterior. Cualquier indemnización pagada por la Compañía, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura para el Integrante afectado, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a la Compañía. La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Integrante. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Integrante.

Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (MAC)

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

1. Un Accidente automovilístico en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando el vehículo en el que viajaba 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.
2. 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.
3. Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encuentre el Integrante al iniciarse el incendio.

Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la pérdida de los miembros se deba a:

Infecciones que no provengan del accidente

Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente

Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones

Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.

Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador

Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos

Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente

Radiaciones ionizantes

Pérdidas sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante,



excepto si fueron prescritos por un médico así como aquellas que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.

Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de accidente cubierto.

Terminación de las coberturas por accidente

Estas coberturas terminarán automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de La Compañía, en los siguientes casos:

- En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la caratula de la póliza.
- En caso de haberse contratado alguna de las Coberturas de Pago Anticipado de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente o Exención Vitalicia 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.

Coberturas por Invalidez Total y Permanente

En caso de que algún o algunos de los Integrantes sufra una Invalidez Total y Permanente, y de haberse contratado alguna de las opciones de esta cobertura adicional, La Compañía pagará la indemnización acordada que se haga constar en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los endosas correspondientes.

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)

Si durante la vigencia del Certificado, algún Integrante sufriere estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

La Compañía efectuará dicho pago con el Periodo de Espera aplicable para los números 1 y 2 del inciso al Definición de Invalidez Total y Permanente.

Seguro Saldado por Invalidez Total (SSIT)

Si durante la vigencia del Certificado algún Integrante se invalida total y permanentemente la Compañía eximirá al Contratante del pago de la Prima correspondiente de la cobertura por fallecimiento del Certificado en cuestión. La Compañía le proporcionará al Integrante una Póliza de seguro con cobertura por fallecimiento donde hace constar que lo asegura 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

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 sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la caratula de la póliza.

Exclusiones

Las coberturas por Invalidez Total y Permanente no se concederán cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b) Infecciones que no provengan de un accidente.
- c) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de



accidente.

- d) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.
- e) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- f) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- h) Accidentes que ocurran durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre que el Asegurado participe directamente.
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
- j) 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.
- k) Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente.
- l) Radiaciones ionizantes.
- m) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Invalidez que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.
- n) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente.
- o) Cobertura de Graves enfermedades (GE)

El Asegurado recibirá la suma asegurada señalada para esta cobertura descrita en la carátula de la póliza y de conformidad con la forma de pago descrita en la cláusula de forma de pago de la suma asegurada contratada de esta cobertura, si durante el período de cobertura se le diagnostica alguna de las Graves Enfermedades señaladas a continuación, de acuerdo con las definiciones que se precisan en la cláusula de definiciones de esta cobertura.

Período de Cobertura:

Inicia 90 días después de la fecha de expedición de esta cobertura.

Grave Enfermedad



- Cáncer: Cáncer mortal; Tumor de cerebro benigno; Melanoma maligno en etapa temprana; Cáncer de próstata en etapa temprana y Carcinoma ductal in Situ (CDIS);
- Corazón: Infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco); Injerto de derivación de arteria coronaria (CABG); Angioplastia coronaria; Reemplazo de la válvula de corazón y Cirugía de aorta;
- Accidente cerebrovascular;
- Insuficiencia renal;
- Trasplante de órganos principales y el fracaso en lista de espera;
- Esclerosis múltiple;
- Enfermedad de Alzheimer;
- Enfermedad de Parkinson; y
- Pérdida de existencia independiente (LOIE).

Exclusiones

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

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
- b) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.
- c) Enfermedades acompañadas por una infección VIH.
- d) Tratamientos previos a un transplante.
- e) Transplantes 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 angioplastía, 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.

Terminación de la Cobertura

1. La primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura.
2. La muerte del Asegurado.
3. Al cumplir el Asegurado 69 años de edad.

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7

Col. Tlacoquemecatl Del Valle

C.P. 03200, Alcaldía Benito Juárez. CDMX

Teléfono: (55) 4433-8900

Página de internet: www.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

Teléfonos: (55) 53400999 / 800 999 8080

Página de internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@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 19/09/2016, con el número de registro CNSF-S0120-0663-2016/CONDUSEF-001360-01.

El número de registro que la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros: CONDUSEF-001360-01

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.

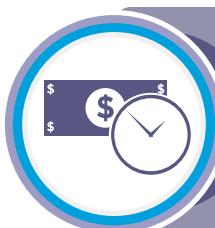
Como Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, tienes derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

- 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 atencionaclientes@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).

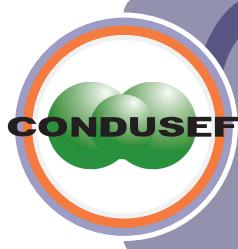
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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
atencionaclientes@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 19/09/2016, con el número de registro CNSF-S0120- 0663-2016/CONDUSEF-001360-01.