

I. DEFINICIONES	3
Accidente	3
Accidente de trabajo	3
Anquilosis.....	3
Asegurado.....	3
Beneficiario	3
Compañía	3
Contratante	3
Detalle de Coberturas	3
Endoso.....	3
Enfermedad.....	3
Enfermedad de trabajo	3
Enfermedad o padecimiento preexistente	3
Grupo Asegurado	4
I.M.S.S	4
Incapacidad permanente parcial	4
Incapacidad temporal	4
Invalidez Total y Permanente.....	4
Póliza	5
Prima	5
Riesgo de trabajo	5
Suma Asegurada	5
Siniestro.....	5
Vigencia	5
II. CLÁUSULAS GENERALES	5
Contrato	5
Modificaciones	6
Consentimientos Individuales	6
Registro de Asegurados.....	6
Certificados Individuales	6
Omisiones o Declaraciones Inexactas	7
Vigencia del Contrato.....	7
Terminación del Contrato.....	7
Prima	8
Pago de Prima.....	8
Periodo de Gracia.....	8
Ajuste de la Prima.....	8
Renovación	9

Rehabilitación.....	9
Moneda.....	9
Disputabilidad.....	9
Prescripción	9
Comunicaciones.....	9
Competencia	10
Obligaciones del Contratante	10
Beneficiarios	11
Edad	12
Elegibilidad	13
Ajustes de la Suma Asegurada	13
Sistema de Administración	13
Formas de Liquidación	13
Suicidio	14
Notificación de Comisiones	14
Cambio por Riesgos	14
Interés Moratorio	14
Comprobación del siniestro	15
Dividendos – Participación en las Utilidades	16
III. COBERTURA BÁSICA.....	16
Fallecimiento	16
IV. COBERTURAS ADICIONALES	16
1. Invalidez Total y Permanente	17
2. Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	17
3. Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad	18
4. Incapacidad Permanente Parcial	19

I. DEFINICIONES

ACCIDENTE

Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado, mientras se encuentre vigente la cobertura del seguro.

No se consideran Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

ACCIDENTE DE TRABAJO

Se considera accidente de trabajo toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste.

También se considerará accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador, directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél.

ANQUILOSIS

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

ASEGURADO

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, 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 para la cobertura de fallecimiento.

COMPAÑÍA

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

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.

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.

ENDOSO

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

ENFERMEDAD

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación al organismo, que amerite tratamiento médico.

ENFERMEDAD DE TRABAJO

Todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. Las enfermedades de trabajo son las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO PREEXISTENTE

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

- a) Se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento y/o Enfermedad; o que se compruebe mediante



la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- b) Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

GRUPO ASEGURADO

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

Los integrantes del Grupo Asegurado no deberán estar sujetos a un proceso de invalidez o incapacidad, o suspendidos de sus funciones, a menos que la Compañía acepte expresamente cubrir tales condiciones, lo cual deberá constar en la póliza.

I.M.S.S.

Instituto Mexicano del Seguro Social

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

Es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar, es decir, su capacidad de trabajo se ve reducida en comparación a su capacidad anterior del accidente o enfermedad, pero no lo imposibilita para realizar otras funciones.

INCAPACIDAD TEMPORAL

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, Incapacidad Temporal o Incapacidad Permanente Parcial del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica del Asegurado y el dictamen emitido por el I.M.S.S.

La Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o

improcedencia de la Invalidez Total y Permanente, Incapacidad Temporal e Incapacidad Permanente Parcial. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad o lesión que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente, Incapacidad Temporal o Incapacidad Permanente Parcial, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

PÓLIZA

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

PRIMA

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

RIESGO DE TRABAJO

Los riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

SUMA ASEGURADA

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

SINIESTRO

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

VIGENCIA

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

II. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO

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

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

Los medios de entrega serán:

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

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

dicha solicitud.

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

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.

CONSENTIMIENTOS INDIVIDUALES

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

REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía formará un registro de asegurados, el cual debe contar con la siguiente información:

Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del grupo; sumas aseguradas o regla para determinarlas; fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo; operación y plan de seguros de que se trata; número de certificado individual y coberturas amparadas. A solicitud del Contratante, la Compañía le entrega copia de este registro.

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

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

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

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

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

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

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

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

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

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
- j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.”

OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

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

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

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

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:

Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones.

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.

El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha

de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, mediante cheque nominativo en favor del contratante en un plazo que no excederá de 10 días naturales posteriores a la fecha en que reciba el aviso de cancelación.

PRIMA

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

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

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 periodos 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.

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

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

En tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo será prueba plena del pago de ésta.

PERIODO DE GRACIA

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

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

AJUSTE DE LA PRIMA

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

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

RENOVACIÓN

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

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 de 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.

La renovación siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguiente:

- a) Se realizará sin requisitos de asegurabilidad,
- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado;
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

REHABILITACIÓN

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

- El Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcionará la Compañía.
- Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía.

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

PRESCRIPCIÓN

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

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

COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones a la Compañía deberán dirigirse por escrito a su domicilio social señalado en la

Carátula de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante, Asegurado o Beneficiarios se deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio del cual tenga conocimiento la Compañía, notificaciones que surtirán plenamente todos sus efectos.

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.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

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

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

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

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

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

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo

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

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

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

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

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

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, se debe cumplir con lo siguiente: “La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor...”

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

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

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

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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

BENEFICIARIOS

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

El Contratante no puede intervenir en la designación de beneficiarios, ni puede, en caso alguno, 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, quedará liberada de toda responsabilidad.

- Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a su sucesión. La misma regla se observará cuando el beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación.
- Si desaparece sólo alguno de los beneficiarios antes del fallecimiento del Asegurado, su porción acrecienta por partes iguales a las de los demás, salvo estipulación en contrario.
- Si el(los) beneficiarios mueren posterior al fallecimiento del asegurado, se pagará a la sucesión de los beneficiarios.

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

Advertencia

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

EDAD

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

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

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

I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II.- Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

IV.- Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y/o consentimiento correspondiente, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Las edades de aceptación y cancelación para este seguro son:

COBERTURAS	EDADES DE ACEPTACIÓN		CANCELACIÓN
	Mínima	Máxima	
Fallecimiento	18	70	99
Coberturas de Invalidez	18	59	64
Incapacidad Temporal por accidente o enfermedad	18	59	64
Incapacidad Permanente Parcial por accidente o enfermedad	18	59	64

ELEGIBILIDAD

Serán elegibles para este contrato de seguro, las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura y durante ésta, sean trabajadores en activo al servicio del Contratante y estén inscritos en el I.M.S.S. Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, Incapacidad Temporal o Incapacidad Permanente Parcial del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica del Asegurado y el dictamen correspondiente emitido por el I.M.S.S.

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.

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN

En caso de que la Compañía y el Contratante hayan convenido que la administración de esta póliza la lleve a cabo este último, hecho que se indicará en la carátula de la póliza, el Contratante se obliga a integrar el expediente actualizado con la información y documentación relativa al seguro que la Compañía le indique de manera expresa y por escrito, así como a otorgar a la Compañía acceso irrestricto a toda la información relacionada con el seguro, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables.

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 respecto del integrante del Grupo Asegurado.

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 correspondiente, referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los Asegurados.

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

INTERÉS MORATORIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo,
- y c) La obligación principal.

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

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

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

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

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

Certificado Individual, si lo tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera

Certificado de defunción

Acta de defunción del asegurado

Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran, y de los Beneficiarios
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de los Beneficiarios
En caso de muerte accidental, copias certificadas completas de la Carpeta de Investigación correspondiente.

COBERTURAS DE INVALIDEZ

Formato de reclamación
Certificado Individual, si lo tuviese
Último recibo de pago de primas, si lo tuviese
Copia de identificación oficial del Asegurado
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses del Asegurado
Original del dictamen de Invalidez emitido por el I.M.S.S.
Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

COBERTURAS DE INCAPACIDAD

Formato de reclamación
Certificado Individual, si lo tuviese
Último recibo de pago de primas, si lo tuviese
Copia de identificación oficial del Asegurado
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses del Asegurado
Original del dictamen de Incapacidad emitido por el I.M.S.S.
Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

No obstante lo anterior, la Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos 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.

DIVIDENDOS – PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES

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

III. COBERTURA BÁSICA**FALLECIMIENTO**

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

Terminación de la Cobertura

Esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación establecida en la Cláusula EDAD de este contrato de seguro.

IV. COBERTURAS ADICIONALES

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

1. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente el Asegurado sufre estado de Invalidez Total y Permanente, la 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.

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas que demuestren o corroboren dicha condición y después de que haya transcurrido el periodo de espera de 3 meses, contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

2. EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente el Asegurado se invalida total y permanentemente la Compañía eximirá al Contratante del pago de la Prima correspondiente de la cobertura por fallecimiento del Asegurado en cuestión después de que haya transcurrido el periodo de espera contratado, mismo que será de 3 meses, contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

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

Terminación de las coberturas por Invalidez Total y Permanente

Estas coberturas terminarán automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación establecida en la Cláusula EDAD de este contrato de seguro.

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

Estos Beneficios no se concederán cuando la Invalidez Total y Permanente se deba a:

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

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso

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

a) Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado como conductor o competidor en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

b) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura

c) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.

3. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad cubierta, el Asegurado sufriera un estado de incapacidad temporal, la Compañía pagará, mientras subsista el estado de incapacidad, las indemnizaciones mencionadas a continuación, por un período que no excederá del período de cobertura especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente:

I. En caso de que el accidente o enfermedad sea calificada por el IMSS como Riesgo de Trabajo: Si lo incapacita para trabajar recibirá mientras dure la inhabilitación, el cien por ciento de la cantidad asegurada mensual convertida a los días que dure la incapacidad, en el momento de ocurrir el riesgo.

El goce de este beneficio se otorgará al asegurado entre tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo cual deberá realizarse dentro del término de cincuenta y dos semanas.

II.- En caso de enfermedad o accidente no profesional: El asegurado tendrá derecho al equivalente al sesenta por ciento de la cantidad asegurada mensual convertida a los días que dure la incapacidad, en el momento de ocurrir el riesgo, que se otorgará cuando la enfermedad o accidente no profesional lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas.

El asegurado sólo percibirá el beneficio por enfermedad o accidente no profesional cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales continuas al IMSS inmediatamente anteriores a la enfermedad o accidente no profesional.

Si al concluir dicho período el asegurado continuare incapacitado, previo dictamen del IMSS y/o la Compañía, se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por veintiséis semanas más.

La asegurada tendrá derecho, durante el embarazo y el puerperio, a un subsidio en dinero igual al cien por ciento del último salario diario cotizado, el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

En los casos en que la fecha fijada por los médicos del Instituto no concuerde exactamente con la del parto, deberán cubrirse a la asegurada los cuarenta y dos días posteriores al mismo, sin importar que el período anterior al parto se haya excedido. Los días en que se haya prolongado el período anterior al parto, se pagarán como continuación de incapacidades originadas por el embarazo.

Deducible

Se define como deducible el período posterior inmediato a la incapacidad temporal por accidente o enfermedad, en el cual el Asegurado no estará amparado. El pago del beneficio iniciará en el caso de persistir la incapacidad temporal por accidente o enfermedad al término posterior del período de deducible en tanto se continúe con la incapacidad hasta agotar el número de pagos estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

Salvo que en la carátula de la póliza y/o certificado individual se establezca otro plazo, se entenderá que el plazo de deducible es de 3 días hábiles.

Para enfermedades y/o accidentes catalogados como riesgo de trabajo no aplicará este periodo.

Terminación de la Cobertura

Esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación establecida en la Cláusula EDAD de este contrato de seguro.

4. INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad cubierta, el Asegurado sufriera un estado de Incapacidad Permanente Parcial, la Compañía pagará el porcentaje determinado en el Dictamen emitido por el I.M.S.S. para dicha Incapacidad, porcentaje que se aplicará a la SUMA ASEGURADA para esta cobertura.

La indemnización a cargo de la Compañía, jamás será mayor a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

El Asegurado sólo percibirá el beneficio por accidente o enfermedad cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales continuas al I.M.S.S. inmediatamente anteriores al accidente o enfermedad.

Terminación de la Cobertura

Esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación establecida en la Cláusula EDAD de este contrato de seguro.

Exclusiones para las coberturas de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad e Incapacidad Permanente Parcial:

a) Encontrarse en las situaciones o participar en las actividades que se indican:

i. Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.

ii. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.

iii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe el Asegurado, como sujeto activo.

iv. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.

v. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

vi. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.

vii. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia o

cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

b) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

c) Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes, según se definen en estas condiciones.

d) Alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.

e) Lesiones sufridas por la culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar en estado de alcoholismo o por el uso de estimulantes o drogas excepto si fueron prescritas por un médico.

ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO (APLICABLE PARA TODAS LA COBERTURAS QUE EXCLUYEN ENFERMEDADES PREEXISTENTES)

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

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

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

LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Félix Parra No. 65, Colonia San José Insurgentes, C.P. 03900, Ciudad de México

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionclientes@thonaseguros.mx

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

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

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

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

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Junio del 2018 con el número CNSF-S0120-0306-2018/CONDUSEF-003321-01.