



**VITAL PLUS**  
VIDA DÓLARES

## Condiciones Generales

Seguro de Vida Individual

I) DEFINICIONES .....	4
<b>Accidente</b> .....	4
<b>Anquilosis</b> .....	4
<b>Asegurado</b> .....	4
<b>Beneficiario</b> .....	4
<b>Compañía</b> .....	4
<b>Contratante</b> .....	4
<b>Endoso</b> .....	4
<b>Enfermedad o Padecimiento Preexistente</b> .....	4
<b>Invalidez Total y Permanente</b> .....	5
<b>Póliza</b> .....	5
<b>Periodo de espera</b> .....	5
<b>Periodo de gracia</b> .....	5
<b>Prima</b> .....	5
<b>Siniestro</b> .....	6
<b>Suma Asegurada</b> .....	6
II) CLÁUSULAS GENERALES .....	7
<b>Contrato de Seguro</b> .....	7
<b>Modificaciones</b> .....	7
<b>Vigencia del Contrato</b> .....	7
<b>Beneficiarios</b> .....	7
<b>Omisiones o Declaraciones Inexactas</b> .....	8
<b>Pago de Primas</b> .....	8
<b>Vencimiento del Pago</b> .....	8
<b>Rehabilitación</b> .....	9
<b>Terminación del Contrato</b> .....	9
<b>Suicidio</b> .....	9
<b>Interés Moratorio</b> .....	10
<b>Moneda</b> .....	10
<b>Revaluación</b> .....	10
<b>Edades de Aceptación</b> .....	10

<b>Competencia .....</b>	<b>11</b>
<b>Notificaciones.....</b>	<b>11</b>
<b>Disputabilidad.....</b>	<b>11</b>
<b>Prescripción.....</b>	<b>11</b>
<b>Agravación Esencial del Riesgo.....</b>	<b>12</b>
<b>Notificación de Comisiones.....</b>	<b>13</b>
<b>Entrega de Documentación Contractual .....</b>	<b>13</b>
<b>Comprobación Del Siniestro .....</b>	<b>14</b>
<b>Liquidación.....</b>	<b>15</b>
<b>Valores Garantizados .....</b>	<b>15</b>
III) COBERTURA BASICA (FALLECIMIENTO).....	16
IV) COBERTURA ADICIONAL .....	16
<b>Devolución de Pago de Primas.....</b>	<b>16</b>
<b>Muerte por Accidente .....</b>	<b>17</b>
<b>Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B .....</b>	<b>17</b>
<b>Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente .....</b>	<b>18</b>
<b>Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente .....</b>	<b>19</b>
Exclusiones.....	19
ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO (APLICABLE PARA TODAS LA COBERTURAS QUE EXCLUYEN ENFERMEDADES PREEXISTENTES) .....	20
<b>LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO.....</b>	<b>21</b>

## 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.**

### **Anquilosis**

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

### **Asegurado**

La persona física designada como tal en la carátula de la póliza, amparada bajo los términos de este contrato.

### **Beneficiario**

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

### **Compañía**

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

### **Contratante**

Es aquella persona física o moral, que solicitó la celebración del Contrato para sí y/o para una tercera persona, y que además se compromete a realizar el pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la póliza se estipulan.

### **Endoso**

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

### **Enfermedad o Padecimiento Preexistente**

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

- a) Se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento y/o Enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.  
Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- b) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

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

**Invalidez Total y Permanente**

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

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

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

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

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o, en caso de no estar inscrito en alguna de estas instituciones de salud, por cualquier institución de salud pública o por un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la Invalidez Total y Permanente. En todos los casos se requerirá el aviso de baja emitido por la Institución de Salud en caso de ser derechohabiente de alguna de éstas o en su defecto, cuando no sea derechohabiente de una Institución de Salud, del Médico especialista; siendo la fecha de baja por invalidez la que se considere como fecha de ocurrencia del siniestro.

La Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente, 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 este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

**Póliza**

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

**Periodo de espera**

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

**Periodo de gracia**

Es el plazo con el que cuenta el Contratante a efecto de realizar el pago de la prima o la fracción correspondiente, el cual se encuentra especificado en la cláusula **Vencimiento del Pago**.

**Prima**

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro por concepto de pago de las coberturas indicadas en la carátula de la póliza a cargo del Contratante.

**Siniestro**

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

**Suma Asegurada**

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura y que se encuentra descrita en la Carátula de la Póliza.

**UDI**

Unidad de Inversión cuyo valor lo establece Banco de México y es publicado en el Diario Oficial de la Federación tomando en cuenta las variaciones del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

## **II) CLÁUSULAS GENERALES**

### **Contrato de Seguro**

La Póliza, la Solicitud de Aseguramiento, las Condiciones Generales y los Endosos que se agreguen a este contrato, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

### **Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

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

### **Modificaciones**

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

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

### **Vigencia del Contrato**

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

### **Beneficiarios**

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios, mediante notificación por escrito a la Compañía.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Compañía hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, queda liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se paga a su sucesión legal. La misma regla se observa cuando el beneficiario muera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, y no existieran más beneficiarios designados.

Los Beneficiarios designados tienen 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 o al mismo tiempo que el Asegurado, acrecienta por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario. Se entiende que el asegurado y el beneficiario fallecen al mismo tiempo cuando en los certificados de defunción de éstos se indica el mismo día y la misma hora de fallecimiento.

En caso de que el beneficiario fallezca después del asegurado y la Compañía no le haya indemnizado la suma asegurada correspondiente, el pago será a favor de la sucesión legal del beneficiario.

El Asegurado puede renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y conste en la presente Póliza, como lo previene el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

### **Advertencia**

El Asegurado en caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no 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 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.

#### **Omissiones o Declaraciones Inexactas**

Conforme a lo ordenado por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante y/o 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. **La omisión o declaración inexacta de tales hechos, faculta a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.**

#### **Pago de Primas**

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 o mensual.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento que la Compañía determine al momento de la contratación y que podrá actualizarse en cada aniversario de la póliza, lo cual hará del conocimiento del Contratante.

Las primas convenidas en este Contrato deberán ser pagadas a su vencimiento en el domicilio de la Compañía, 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 tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo será prueba plena del pago de ésta.

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.

#### **Vencimiento del Pago**

La prima o cada una de sus fracciones vencen al inicio de cada período pactado.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los 30 días de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente 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 beneficiario, la parte faltante de la prima total anual vencida 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.

De igual forma si el siniestro ocurre durante el periodo fraccionado pagado se deducirá de la indemnización a que tenga derecho, la parte faltante de la prima total anual vencida.

### **Rehabilitación**

En caso de que la Póliza cese en sus efectos por falta de pago de las Primas, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación, siempre y cuando no hayan transcurrido más de 3 (tres) años de la cesación de los efectos y se encuentre dentro del plazo del seguro. De cualquier forma, quedará sujeto a la aprobación de la Compañía, respetando la vigencia originalmente pactada y mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a)** El Contratante lo solicite por escrito a la Compañía;
- b)** El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera;
- c)** Pagar el importe del ajuste correspondiente al periodo pendiente de pago, que comprende desde la fecha de la cesación de los efectos hasta la fecha de rehabilitación;

### **Terminación del Contrato**

La Póliza termina sin obligación alguna para la Compañía:

- Con el pago que proceda por fallecimiento del Asegurado,
- Al término de la vigencia de este contrato,
- Por la liquidación del valor de rescate que corresponda,
- Por falta de pago de primas de acuerdo a la cláusula Vencimiento de Pago

No obstante lo anterior, el Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este contrato mediante notificación escrita dirigida a la Compañía, en cuyo caso ésta devolverá el valor de rescate que corresponda de acuerdo a la Tabla de Valores Garantizados que forma parte de este contrato.

En este caso, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, manifestará la forma en que desea le sea devuelta la cantidad correspondiente, ya sea a través de cheque o transferencia electrónica, para este caso, deberá incluir en el mismo documento el número de CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) y la Institución Bancaria en donde mantiene su cuenta. La Compañía realizará el pago a que se refiere este párrafo dentro de los 10 días hábiles siguientes en que reciba la solicitud. En caso de que no indique la forma en que desea le sea realizada la devolución, la Compañía procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de ésta.

### **Suicidio**

**En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este Contrato o de su rehabilitación, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, el pago único y total que hará la Compañía será el importe de la reserva matemática que corresponda a la fecha en que ocurra el fallecimiento, de conformidad con lo estipulado en el artículo 197 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

**En caso de rehabilitación, incremento de suma asegurada y/o inclusión de coberturas adicionales no estipulados en el Contrato de Seguro Inicial, el plazo señalado en el párrafo anterior, contará a partir de la fecha en que se rehabilite la póliza, se acepte el incremento de Suma Asegurada y/o se incluya alguna cobertura adicional.**

### Interés Moratorio

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

### Moneda

Esta cobertura se ofrecerá en pesos, pesos revaluables y en dólares, estipulándose la moneda contratada en la carátula de la póliza. En el caso de haber contratado la póliza en dólares, la prima, suma asegurada y valores garantizados serán expresados en dólares. Si la póliza es contratada en pesos revaluables, se aplicará la cláusula de revaluación tanto a la prima como a la suma asegurada y valores garantizados.

Si este seguro se contrata en dólares, se estará a lo dispuesto por el artículo 8º. De la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos, es decir, las obligaciones de pago se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio vigente en el lugar y fecha en que se haga el pago.

### Revaluación

En caso de haber contratado la póliza en pesos revaluables, tanto la prima como la suma asegurada y los valores garantizados, se revaluarán una vez al año, al aniversario de la póliza, de acuerdo al incremento de la UDI de los últimos 12 meses. El valor de la UDI será el publicado en el Diario Oficial de la Federación. Si la publicación es descontinuada, aplazada o si por otra causa no está disponible para este uso, la revaluación operará con base en el indicador con el cual varía el valor de la UDI, es decir el Índice Nacional de Precios al Consumidor publicado por el Banco de México.

### Edades de Aceptación

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

Coberturas	Edades de Aceptación		
	Mínima	Máxima	Cancelación
Fallecimiento	18	70	No Aplica
Coberturas de Invalidez	18	64	65
Muerte Accidental	18	70	71
Coberturas de Pérdidas Orgánicas	18	70	71

### Edad

De acuerdo con el artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por ésta, pero en este caso se devolverá la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere

- pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores 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.

**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 Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, según corresponda, 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, quedará a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

**Notificaciones**

Toda notificación que se realice a la Compañía deberá dirigirse por escrito al domicilio señalado en la Carátula de la Póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir notificaciones a nombre de la Compañía.

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios, se deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía, en este caso se tendrá por realizada la notificación correctamente y surtirá todos sus efectos legales.

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante, Asegurado e incluso los beneficiarios deberán proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en el momento en que ésta se los requiera.

**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 dos años de estar en vigor, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de más reciente rehabilitación, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado; entendiéndose por esto que La Compañía renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisas, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

**Prescripción**

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco años tratándose de coberturas del riesgo de fallecimiento y en dos años para los demás casos, de conformidad a lo

estipulado en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En todos los casos, los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpe no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

#### **Agravación Esencial del Riesgo**

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” **(Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

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

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de

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

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

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

#### **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.

#### **Impuestos**

Los pagos que realice La Compañía al Asegurado, Contratante y/o Beneficiarios, podrán causar impuestos, de acuerdo a las leyes fiscales vigentes. El cálculo de dichos impuestos se realizará de acuerdo a la normatividad fiscal vigente a la fecha del pago.

#### **Entrega de Documentación Contractual**

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del Seguro, a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de emitir el Seguro, en cuyo caso el Asegurado firmará el acuse de recibo correspondiente.
2. Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos.
3. A través del correo electrónico del Asegurado, en cuyo caso deberá proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico al que debe enviar la documentación respectiva.

Para tal efecto el Asegurado o Contratante elegirán la forma en que desean les sea entregada la documentación contractual referida.

La Compañía dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1, y en los casos de los numerales 2 y 3, resguardará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los mismos.

Si el Asegurado no recibe, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía comunicándose al teléfono (55) 44338900; para que a elección del Asegurado, la Compañía le haga llegar la documentación donde consten los derechos y obligaciones del Seguro, a través de correo certificado o correo electrónico.

Para cancelar la presente Póliza, el Asegurado, deberá comunicarse al teléfono (55) 44338900. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la Póliza quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

### **Comprobación Del Siniestro**

Además de los documentos descritos en cada cobertura, el reclamante deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos:

#### **FALLECIMIENTO**

Formato de reclamación en original, a ser proporcionado por la Compañía

Póliza original, si la tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción, si lo tuviera.

Acta de defunción del asegurado en original

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

Original del acta de nacimiento de los beneficiarios (En caso de que los hijos del Asegurado sean los beneficiarios)

Copia de identificación oficial del Asegurado, sólo si la tuvieran, cotejada contra el original

Copia de identificación oficial de los Beneficiarios, cotejada contra el original

Copia del Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses, cotejada contra el original

#### **MUERTE POR ACCIDENTE**

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.

Póliza original, si la tuviera

Certificado de defunción, si lo tuviera.

Acta de defunción del Asegurado.

Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea Beneficiario).

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.

Copia de la identificación oficial de los Beneficiarios.

Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses.

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

#### **PARA LAS COBERTURAS DE INVALIDEZ**

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Aseguradora

Póliza original, si la tuviera

Copia de identificación oficial del Asegurado

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

Original del dictamen de Invalidez o Pérdidas Orgánicas

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

Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

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



**PARA LAS COBERTURAS DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA A O ESCALA B**

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.

Póliza original, si la tuviera

Copia de identificación oficial del Asegurado.

Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a tres meses.

Original del dictamen de Pérdidas Orgánicas, emitido por la Institución de Salud de la cual será derechohabiente o por Médico especialista, en caso de que no sea derechohabiente de alguna Institución de Salud.

Historial clínico, informe médico, estudios de laboratorio y gabinete.

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

La acción de cotejar contra los originales consiste en escribir en las copias la siguiente leyenda: “Se hace constar que la presente copia coincide con el original que se tuvo a la vista”. Adicionando el nombre sin abreviaturas, firma y fecha de quien realiza esta acción.

Sólo en aquellos casos en los que con la documentación e información presentada a la Compañía no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, ésta podrá, conforme a lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, exigir al Asegurado o Beneficiario (s) toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro.

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

**Liquidación**

La Compañía liquidará, cualquier monto pagadero a favor del Asegurado y/o Beneficiario, 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. Dicho pago será efectuado dentro de los 30 días posteriores a aquel en que la Compañía haya recibido la documentación e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta sea procedente.

**Valores Garantizados**

Cuando el Contratante no desee o no pueda continuar con el pago de las Primas de este Contrato, tendrá derecho a elegir cualquiera de las opciones de Valores Garantizados que se especifican en la Tabla de Valores Garantizados contenida en esta Póliza. Los Valores Garantizados dependen del Plazo de Vigencia del Seguro Temporal contratado, y del número de años de las Primas pagadas.

Los Valores Garantizados que ofrece esta Póliza son el Valor de Rescate, el Seguro Prorrogado y el Seguro Saldado.

En caso de que el Contratante suspenda por cualquier razón el pago de Primas, sin realizar ninguna notificación a La Compañía, se aplicará automáticamente la opción de Seguro Prorrogado.

**a) Valor de Rescate**

Es la cantidad que el Contratante podrá recuperar al solicitar la terminación anticipada de este contrato de seguro. Esta cantidad se especifica en la columna Valor de Rescate de la Tabla de Valores Garantizados, en la línea correspondiente al número de años transcurridos completos y el número de primas anuales completas pagadas.

Para efectos de obtener este Valor de Rescate, el Contratante, una vez terminado anticipadamente este contrato deberá solicitar por escrito a la Compañía, el pago de este Valor.

La Compañía tendrá la facultad de descontar del Valor de Rescate, todo adeudo contraído, como lo es el pago de primas o préstamos que se adeuden, derivados de este contrato.

Una vez que La Compañía liquide el Valor de Rescate correspondiente, este contrato de seguro quedará totalmente cancelado.

#### **b) Seguro Saldado**

Sin más pago de primas, el seguro saldado mantiene este contrato en vigor, por el plazo originalmente contratado y por la suma asegurada que se especifica en la Tabla de Valores Garantizados, en la línea correspondiente al número de primas anuales pagadas y vencidas.

Para hacer uso de este derecho, el Contratante deberá solicitarlo por escrito a más tardar dentro del período de gracia para el pago de primas y deberá pagar previamente todo adeudo contraído en virtud de este contrato. La Compañía procederá a entregar el Contratante y/o Asegurado un Endoso en el que se justifique este movimiento.

El importe del Seguro Saldado será pagado por la Compañía en las mismas condiciones que lo sería la suma asegurada original, de conformidad con el estipulado en este Contrato de Seguro.

#### **c) Seguro Prorrogado**

Sin más pago de primas, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía el Seguro Prorrogado, el cual consiste en mantener la protección de la cobertura de fallecimiento por el plazo que corresponda de acuerdo con el número de años transcurridos completos y el número de primas anuales pagadas de acuerdo a lo que se muestra en la Tabla de Valores Garantizados.

Para hacer uso de este derecho, el Contratante deberá solicitarlo por escrito a más tardar dentro del período de gracia para el pago de primas y deberá pagar previamente todo adeudo contraído en virtud de este contrato. La Compañía procederá a entregar el Contratante y/o Asegurado un Endoso en el que se justifique este movimiento.

Al finalizar la vigencia del Seguro Prorrogado y el Asegurado sobreviva, el contrato de seguro terminará, salvo que en la Tabla de Valores Garantizados, se indique alguna cantidad en efectivo para ser pagada por la Compañía.

### **III) COBERTURA BASICA (FALLECIMIENTO)**

Si durante el plazo del seguro y estando vigente la póliza, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada.

Si el Asegurado sobrevive al término del plazo de vigencia del seguro, la cobertura concluirá sin obligación para la Compañía.

### **IV) COBERTURA ADICIONAL**

#### **Devolución de Pago de Primas**

Esta Cobertura Adicional se podrá contratar para los Seguros Temporales con un plazo de Vigencia mayor o igual a 20 años y consiste en:

Si el Asegurado sobrevive al final de la vigencia de este contrato y ha cumplido con el pago total de las primas, la Compañía le indemnizará la Suma Asegurada, la cual corresponde al porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza aplicada al total de las Primas Netas Anuales cubiertas durante la vigencia de este contrato.

Lo anterior en el entendido de que la Prima Neta Anual de la Póliza considera todas las Coberturas contratadas, incluyendo la Prima de esta Cobertura, **pero no incluye los siguientes**



**conceptos: derecho de póliza ni los gastos derivados de recargos por pago fraccionado.**

#### **Muerte por Accidente**

La Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

#### **Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B**

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

##### **a) Escala A.**

La Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de una enfermedad o accidente acontecido durante la vigencia de la póliza.

Para el caso de que la pérdida orgánica sea a consecuencia de un accidente, ésta deberá ocurrir dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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

<b>Pérdida</b>	<b>Indemnización</b>
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular o meñique	5 %

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

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

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

##### **b) Escala B**

La Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de una enfermedad o accidente acontecido durante la vigencia de la póliza.

Para el caso de que la pérdida orgánica sea a consecuencia de un accidente, ésta deberá ocurrir dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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

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

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

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

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

#### **Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente**

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

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

**Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente**

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

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

**Terminación de las coberturas por Invalidez Total y Permanente**

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

**Exclusiones**

**Para todas las coberturas con excepción de la cobertura de Fallecimiento y Devolución de Pago de Primas**

**No se cubrirán los siniestros, cuando sean a consecuencia de:**

- a) **Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), alborotos populares o revolución,**
- b) **Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el haya sido el provocador,**
- c) **Cualquier forma de navegación submarina,**
- d) **Aquellas que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes.**
- e) **Riesgo no cubierto por este contrato,**
- f) **Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinflingidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen,**
- g) **Cuando el Asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas, enervantes, estimulante o similares, excepto si fueron prescritas por un médico,**
- h) **Explosiones nucleares o radioactivas o por contaminación radioactiva,**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos,**
- j) **Pruebas de velocidad o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa,**
- k) **Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres,**
- l) **Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose por esta cuando el Asegurado se dedica voluntaria y regularmente a la práctica de un deporte,**

**a cambio de una remuneración o salario que represente el sustento de su vida personal y lo obliga a practicar cotidianamente esta actividad para perfeccionarla.**

- m) Envenenamientos de cualquier naturaleza o inhalaciones de gas de cualquier tipo, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto**

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

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

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

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



**LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO**

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

**LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS**

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

**LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

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

**LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS**

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

**CODIGO PENAL FEDERAL**

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Av. Insurgentes Sur 1228, Piso 7

Col. Tlacoquemécatl del Valle, C.P. 03200, Alcaldía Benito Juárez, CDMX.

Teléfono: (55) 44338900 Correo electrónico: [atencionaclientes@thonaseguros.mx](mailto:atencionaclientes@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](http://www.condusef.gob.mx)

Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx)

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 28 de marzo de 2022, con el número CNSF-S0120-0103-2022/CONDUSEF-005262-01.**

# 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](http://www.thonaseguros.mx) y enviarlo por mail a [atencionclientes@thonaseguros.mx](mailto:atencionclientes@thonaseguros.mx)



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

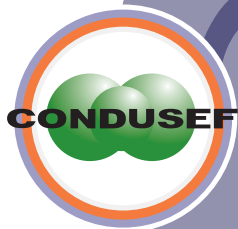
# En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



En caso de inconformidad, podrás presentar una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada a Clientes (UNE) de la Aseguradora; o bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales. Si presentaste tu reclamación ante la CONDUSEF podrás solicitar la emisión de un dictamen técnico a la CONDUSEF, si las partes no se sometieron al arbitraje.

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

**[atencionaclientes@thonaseguros.mx](mailto: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](http://www.thonaseguros.mx) con un horario de atención de lunes a jueves de 9:00hrs a 18:00hrs y viernes de 9:00hrs a 14:30 hrs.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de marzo de 2022, con el número CNSF-S0120-0103-2022/CONDUSEF-005262-01.

