



**THONA
SEGUROS®**

Seguro de Vida Individual

Temporal a 1 año

Condiciones Generales



INDICE

I. DEFINICIONES	3
Accidente	3
Anquilosis.....	3
Asegurado.....	3
Beneficiario	3
Compañía.....	3
Contratante	3
Detalle de Coberturas	3
Endoso	3
Enfermedad.....	3
Enfermedad o Padecimiento Preexistente.....	3
Póliza.....	4
Prima.....	4
Siniestro	4
Suma Asegurada	4
UMA - Unidad de Medida y Actualización.....	4
Vigencia	4
II. CLÁUSULAS GENERALES	4
Contrato de Seguro.....	4
Modificaciones	4
Omisiónes o Declaraciones Inexactas.....	5
Vigencia del Contrato.....	5
Terminación del Contrato.....	5
Prima.....	5
Pago de Prima	5
Periodo de Gracia	6
Renovación	6
Rehabilitación.....	6
Moneda	6
Disputabilidad.....	6
Prescripción	7
Comunicaciones.....	7
Competencia	7
Beneficiarios.....	7
Edad	8
Formas de Liquidación.....	9
Suicidio.....	9



Notificación de Comisiones.....	9
Temporalidad del Plan	9
Cambio por Riesgos.....	9
Interés Moratorio	9
Entrega de Documentación Contractual	10
Comprobación del siniestro	10
Uso de Medios Electrónicos	11
Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas.....	12
III. COBERTURA BÁSICA.....	13
IV. COBERTURAS OPCIONALES	13
2. Gastos Funerarios.....	13
3. Muerte Accidental	14
4. Muerte Accidental Colectiva	14
V. COBERTURAS ADICIONALES	15
5. Pérdidas Orgánicas Escala A	15
6. Pérdidas Orgánicas Escala B	16
7. Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente.....	18
8. Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	18
9. Graves Enfermedades	20
10. Fallecimiento a Causa de Cáncer.....	23
11. Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial	23
12. Primer Diagnóstico de Cáncer	23
13. Primer Diagnóstico de Cáncer Especial	24
14. Intervención Quirúrgica.....	24
15. Renta Diaria por Hospitalización.....	27
VI. Endosos.....	29
1. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento	29
2. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente.....	29
3. Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad.....	30
4. Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas	30
5. Accidentes o padecimientos previos.....	30
6. Aviación particular.....	31
7. Deportes peligrosos	31
8. Edades	31
9. Uso de motocicleta como herramienta de trabajo	31
10. Uso de motocicleta como medio de transporte	32
11. Pérdida del oído o habla	32
12. Indisputabilidad	32

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. **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

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

Beneficiario

Persona física designada por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios materia de este contrato de seguro.

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.

Endoso

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

Enfermedad

Es la alteración en la salud del Asegurado, que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, siendo un estado anormal fisiológico del organismo, ya sea en el funcionamiento de un órgano, sistema o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, diagnosticado por un médico profesionista independiente legalmente autorizado.

Enfermedad o Padecimiento Preexistente

Son aquellas enfermedades respecto de las que, previamente a la celebración del Contrato:

- a) Se haya declarado la existencia de dicha enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico en el cual 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 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 de que se trate.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por



THONA SEGUROS®

Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año

causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

Póliza

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

Práctica Profesional de Deporte

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

Prima

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

Siniestro

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

Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura y que se encuentra descrita en la carátula de la póliza correspondiente.

UMA - Unidad de Medida y Actualización

Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores, correspondiéndole al INEGI calcular dicho valor.

Vigencia

Periodo de tiempo durante el cual la Compañía ampara las coberturas indicadas en la carátula de la póliza.

II. CLÁUSULAS GENERALES

Contrato de Seguro

La carátula de la póliza, estas condiciones generales, endosos y la solicitud de seguro constituyen testimonio de este contrato celebrado entre La Compañía y el Contratante.

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

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 podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hará 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 tendrán



THONA SEGUROS®

**Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año**

facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Omisión 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.

Vigencia del Contrato

El presente Contrato entra en vigor desde la fecha en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía lo haya aceptado.

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

Terminación del Contrato

La Póliza termina sin obligación alguna para la Compañía:

- Por vencimiento de la vigencia y el contrato no se renueva,
- Con el pago que proceda por fallecimiento del Asegurado,
- En el aniversario de la póliza en el que el Asegurado cumpla la edad estipulada en la fecha de cancelación de acuerdo a la Cláusula "Edad".

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 la prima de tarifa no devengada a la fecha en que surta efecto la notificación, previa disminución del costo de adquisición total.

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.

Prima

La prima se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada y el Contratante es el responsable de realizar el pago. Esta vence al momento de la celebración del contrato.

Pago de Prima

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago total de la prima.

El **Contratante** puede optar por el pago fraccionado de la **PRIMA**, las exhibiciones mensuales, trimestrales o semestrales pactadas, vencerán al inicio de cada periodo.

En caso de optar por el pago fraccionado de **PRIMA**, se aplicará la tasa de financiamiento por pago semestral, trimestral o mensual, según corresponda, vigente al momento de expedir la **PÓLIZA**.

La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía o en las Instituciones Bancarias señaladas por ésta, contra entrega del recibo correspondiente.

En caso de que el Contratante opte por realizar el pago de la prima a través de tarjeta de crédito, tarjeta de débito, transferencia electrónica, depósito bancario o pago domiciliado, el Estado de



THONA SEGUROS®

**Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año**

Cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción que emita la Institución Financiera, en dónde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta que le indique esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

Así mismo el Contratante podrá solicitar que el pago de la prima se realice a través de descuento a su nómina, teniendo la obligación de vigilar que en su recibo de pago se encuentre incluida la retención de prima pactada originalmente y en caso de que no aparezca dicha retención o ésta sea diferente, notificarlo inmediatamente a la Compañía a efecto de que se le indique la forma en que debe realizar el pago correspondiente a fin de que los efectos de la póliza no cesen automáticamente por falta de pago. En este caso, el Contratante deberá otorgar su consentimiento a la empresa para la cual labore a fin de que se hagan dichos descuentos. El recibo de nómina en donde conste el descuento de la prima, hará prueba plena del pago de ésta, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

Periodo de Gracia

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los 30 días siguientes 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 total de la prima faltante.

Renovación

En caso de no recibir la solicitud de cancelación de la póliza, la Compañía renovará automáticamente el seguro, de tal manera que se inicia un nuevo periodo de cobertura básica y coberturas adicionales inicialmente contratadas, operando con las condiciones estipuladas desde el momento de contratación del seguro.

Rehabilitación

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

- a) El Contratante o Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
- b) El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- c) Pagar el importe total de la prima.

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

Moneda

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

Disputabilidad

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

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

Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años para la cobertura de fallecimiento y dos años en los demás casos. Los plazos se contarán 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 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.

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 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 publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día catorce de mayo de dos mil cuatro, 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.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar libremente a sus beneficiarios y podrá cambiar de beneficiario en cualquier momento, 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. La misma regla se observa cuando el beneficiario muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Al desaparecer alguno de los beneficiarios, su porción acrecienta por partes iguales a las de los demás, salvo estipulación en contrario.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada

que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando 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:

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.

Edad

Se considera como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la fecha de inicio de vigencia de este contrato.

La edad declarada por el Asegurado debe comprobarse legalmente cuando así lo considere conveniente la Compañía. Una vez efectuada la comprobación, la Compañía hace la anotación correspondiente y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

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 la Compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado 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 la 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 del inciso 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.

IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, 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 se establecerán en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla siguiente:

Cobertura Básica y Opcionales	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Fallecimiento	12	70	99
Gastos Funerarios Titular	12	70	99
Gastos Funerarios Cónyuge	12	70	71
Gastos Funerarios Hijos	30 días	24	25
Coberturas de Accidente	12	64	69
Coberturas Adicionales	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Coberturas de Perdidas Orgánicas	12	64	69
Coberturas de Invalidez	12	59	64
Graves Enfermedades	12	59	64
Fallecimiento a causa de Cáncer	12	59	64
Fallecimiento a causa de Especial	12	59	64
Primer diagnóstico de Cáncer	12	59	64
Primer diagnóstico de Cáncer Especial	12	59	64
Intervención Quirúrgica	12	59	64
Renta diaria por hospitalización	12	59	64

Formas de Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario, el cual será entregado en el domicilio de la Compañía o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito. De conformidad con lo estipulado en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía deberá pagar la cantidad que proceda, dentro de los treinta días posteriores a aquel en que reciba los documentos que le permita conocer el fundamento de la reclamación.

Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente.

Notificación de Comisiones

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

Temporalidad del Plan

Es un Seguro Temporal a un año o por períodos menores con renovación automática.

Cambio por Riesgos

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida del Asegurado.

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.

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 contratar 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 uso 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

A continuación se enlistan los documentos que se deberán presentar para la solicitud de pago de suma asegurada:

FALLECIMIENTO

Formato de reclamación
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
Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,
Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,
Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses

GASTOS FUNERARIOS

Formato de reclamación
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
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,
Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,

Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses
En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno (s) de los dependientes del Asegurado,
documento en el cual se acredite el parentesco.

COBERTURAS MUERTE ACCIDENTAL

Formato de reclamación
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
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 identificación oficial de los Beneficiarios,
Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE/PÉRDIDAS ORGÁNICAS/GRAVES
ENFERMEDADES/CANCER/INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION/
INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

Formato de reclamación
Póliza original, si la tuviera
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera
Copia de identificación oficial del Asegurado
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
Expediente clínico completo junto con las pruebas de laboratorio y estudios que se le hayan practicado al Asegurado

En caso de que el evento haya sido a consecuencia de un ACCIDENTE, además deberá presentar copia certificada completa de la carpeta de investigación correspondiente.

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.

Uso de Medios Electrónicos

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o el Asegurado podrán hacer uso de los Medios Electrónicos que la Aseguradora tenga disponibles (entendiéndose éstos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados) para la celebración de operaciones y servicios relacionadas con este contrato de seguro. Para efectos de la contratación del Uso de Medios Electrónicos, el Contratante y/o el Asegurado pueden solicitar la contratación a la Aseguradora, quien hará de su conocimiento los términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos, los cuales están disponibles para consulta previa a su contratación en <https://thonaseguros.mx/terminos-y-condiciones-de-uso-plataforma-digital>.

Las operaciones que se realicen a través de los Medios Electrónicos disponibles, serán en sustitución a la firma autógrafa del Contratante y/o Asegurado.

Entrega de documentación Contractual derivada de operaciones a través de Medios

La Aseguradora se obliga a entregar por escrito al Contratante y/o Asegurado, a través del medio elegido por éste, todos los documentos que contengan derechos u obligaciones de las partes derivados del contrato celebrado, conforme a lo siguiente:

- De manera física en el domicilio proporcionado por el Contratante y/o Asegurado, por medio de una empresa de mensajería;
- A través correo electrónico en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato electrónico equivalente, previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante y/o Asegurado.

En caso de que por cualquier motivo, no reciban la documentación contractual dentro de los 30 días siguientes a la contratación del seguro, el Contratante y/o Asegurado deberán comunicarse con la Aseguradora al número telefónico 5544338900 extensión 112, para que la Aseguradora entregue la documentación a través de alguno de los medios señalados anteriormente. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

Terminación del Contrato de Seguro a través de Medios Electrónicos:

En caso de que el Contratante y/o Asegurado quieran dar por terminado anticipadamente el contrato de seguro o solicitar no se renueve el mismo, deberán seguir alguno de los siguientes procedimientos:

- a) Solicitarlo mediante escrito entregado en el domicilio de la Aseguradora donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta póliza no será renovada o de que la misma será cancelada a partir del momento en que se emita dicho acuse. Al escrito de solicitud deberá acompañar copia de su identificación oficial.
- b) Enviendo la solicitud por escrito, acompañada de copia de su identificación oficial al correo electrónico servicioasegurados@thonaseguros.mx, la Aseguradora enviará acuse de dicha solicitud que será el comprobante de que el contrato se terminó anticipadamente a solicitud del Contratante y/o Asegurado o de que no se renovará el contrato.

La Aseguradora, antes de emitir el acuse o folio correspondiente se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Contratante y/o Asegurado que haya formulado la solicitud para no renovar la póliza o la terminación anticipada de la misma.

Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas

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

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

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

- a) Que la prima o la fracción que corresponda no se encuentre pagada,



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

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

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

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

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

III. COBERTURA BÁSICA

1.- Cobertura de Fallecimiento

Si durante la vigencia de la Póliza, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada conforme a las condiciones generales de la Póliza. Si el Asegurado sobrevive al término de dicho periodo, esta cobertura terminará sin obligación alguna para la Compañía.

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 OPCIONALES

Las coberturas que se presentan a continuación serán otorgadas como coberturas optionales, es decir, podrán ser otorgadas como Coberturas Adicionales o como Coberturas Básicas.

2. Gastos Funerarios

Esta cobertura podrá ser contratada bajo alguna de las siguientes modalidades y en su caso estará descrita en la carátula de la póliza:

- Cobertura al Titular
- Cobertura al Titular y Cónyuge
- Cobertura Familiar (Titular, Cónyuge e hijos)

Para efectos de esta cobertura, se considerarán Asegurados a las personas que se encuentren amparados en la misma y que se encuentran señalados en la Carátula de la Póliza.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada por concepto de Gastos Funerarios, si el Asegurado Titular o alguno de sus Dependientes Asegurados fallecen dentro la vigencia de la póliza en la que se encuentran asegurados. Esta cobertura estará en vigor para los Dependientes Asegurados siempre y cuando el Asegurado Titular permanezca con vida.

La Suma Asegurada para esta cobertura estará descrita en la carátula de la póliza. Tratándose de los Hijos Asegurados menores de 12 años la suma asegurada será como máximo el valor mensual de 60 UMA's.

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

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

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

- El cónyuge, concubinario o conviviente que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)
- Los hijos menores a 25 años de edad que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción).

Terminación de la Cobertura

1. Está 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 titular, cónyuge e hijos sea la estipulada en la cláusula EDAD.
2. Al fallecimiento del Asegurado Titular (una vez que se haya indemnizado la cobertura al beneficiario correspondiente).
3. En caso de haberse contratado alguna de las Coberturas de Pago Anticipado de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente o Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, la cancelación se hará en la fecha en que se haya determinado y otorgado la invalidez al Asegurado Titular.

COBERTURAS MUERTE ACCIDENTAL

3. Muerte Accidental

La Compañía 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.

4. Muerte Accidental Colectiva

El pago de la suma asegurada contratada se realizará al presentar las pruebas irrefutables de que el Asegurado falleció a consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y la muerte se origine:

- a. Mientras viaje como pasajero en algún vehículo no aéreo, operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b. Un Accidente en un ascensor en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. **Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.**
- c. Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encuentre el Asegurado al iniciarse el incendio.

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 Muerte Accidental

Estas Coberturas no serán procedentes cuando la muerte accidental sea originada o derivada de:

- a) **Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**
- b) **Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.**
- c) **Cualquier forma de navegación submarina.**
- d) **Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- e) **Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas o enervantes, excepto si fueron prescritas por un médico.**
- f) **Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.**

V. COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURAS DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS

5. Pérdidas Orgánicas Escala A

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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

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

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

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.



THONA SEGUROS®

**Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año**

- 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 para esta cobertura.

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.

6. Pérdidas Orgánicas Escala B

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

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

Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial del pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el pulgar y 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 o meñique	5 %

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

- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De los dedos, su anquilosis o separación de dos falanges completas cuando menos.
- 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.

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 Pérdidas Orgánicas

Estas Coberturas no serán procedentes cuando la pérdida orgánica sea originada o derivada de:

- a) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- e) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas o enervantes, excepto si fueron prescritas por un médico.
- f) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

Salvo pacto en contrario, pérdidas orgánicas que se originen por participar en actividades como:

- g) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- h) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- i) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- j) Práctica profesional de cualquier deporte.
- k) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.

COBERTURAS DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**Definición de Invalidez Total y Permanente**

Para los efectos de esta cobertura, se considera invalidez total y permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibilite a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para determinar el estado de invalidez, se requiere que ésta haya sido continua por un período no menor a seis meses y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo éstos, no sean accesibles para el Asegurado.

También se considera invalidez total y permanente, la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.



THONA SEGUROS®

Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año

Para efectos de estas coberturas se entiende por pérdida:

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

El pago de la suma asegurada o la exención de pago de primas se realizan después de que haya transcurrido el periodo de espera correspondiente, contado a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. El periodo de espera no opera en caso de que la invalidez total y permanente sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

Condiciones Específicas

Para las coberturas de invalidez total y permanente operan las siguientes condiciones específicas:

Pruebas

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica del Asegurado y el dictamen emitido por el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o, en caso de no estar inscrito en alguna de estas instituciones de salud, por cualquier institución de salud pública o por un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la Invalidez Total y Permanente.

En caso de que Aseguradora cuente con evidencias de que el estado físico del Asegurado al momento de la reclamación no deriva en una Invalidez Total y Permanente, no se considerará como definitivo el dictamen emitido a que se hace referencia en el párrafo anterior, por lo que la Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de la Compañía, dictamine que la enfermedad y/o lesión que padece el Asegurado no constituyen 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 Compañía, 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 Compañía.

7. Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

Si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado sufriere estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

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. Con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el Asegurado.

8. 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 Compañía eximirá al Contratante del pago de la Prima correspondiente de la cobertura por fallecimiento del Asegurado.



THONA SEGUROS®

**Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año**

La Compañía le proporcionará al 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.

Para efectos de que aplique este beneficio, deberá haber transcurrido un periodo de espera contratado, el cual podrá ser de 0, 3 o 6 meses, contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

Terminación de las coberturas por Invalidez Total y Permanente

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 Invalidez

Este Beneficio no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a)Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometiera 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) Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente cubierto
- i) Radiaciones ionizantes
- j) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.
- k) Enfermedades preexistentes, siempre y cuando la enfermedad preexistente tenga un pronóstico médico que claramente indique que dicha enfermedad llegará a generar un estado de invalidez futuro.

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso

Se ampara las siguientes actividades mediante convenio expreso y señaladas en la carátula de la póliza 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.

COBERTURA GRAVES ENFERMEDADES

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza.

9. Graves Enfermedades

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en caso de que al Asegurado se le diagnostique una Grave Enfermedad. Se entenderá por Grave Enfermedad cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen por primera vez durante el período de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

a) Infarto al Miocardio.

Muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante:

- Historia de dolor torácico típico;
- Cambios en el electrocardiograma, y
- Elevación de las enzimas cardíacas.

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC).

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

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

Deben presentarse los estudios realizados para el diagnóstico y la evidencia clínica del daño neurológico irreversible.

c) Trasplante de órganos vitales

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

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

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis:

Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis permanente o trasplante renal.



THONA SEGUROS®

Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios (“by-pass”).

Cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria interna o hemoductos aorta-coronarios.

f) Cáncer:

Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. El término “cáncer” incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

Comprobación

Se entenderá como comprobación médica de las Graves Enfermedades cubiertas el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Pruebas

La Compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del evento. En caso de que el médico dictaminador de La Compañía no ratifique el dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

Certificación Médica:

Se entenderá como certificación médica de las enfermedades cubiertas el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de La Compañía.

Terminación de la Cobertura

- a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación establecido en la Cláusula EDAD de este contrato.
- b) Cancelación de la cobertura básica.
- c) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura y agote la Suma Asegurada.
- d) La muerte del Asegurado.
- e) Al término de la vigencia del seguro.

Exclusiones para la cobertura de Graves Enfermedades

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

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
- b) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.
- c) Enfermedades acompañadas por una infección VIH.
- d) Tratamientos previos a un trasplante.
- e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- f) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
- g) Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes del inicio de la vigencia

de la póliza.

- h) Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo "sten" y similares.
- i) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas "in situ" no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren solo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.
- j) El caso de periodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.
- k) Enfermedades preexistentes

COBERTURAS POR CANCER

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza correspondiente, en caso de que se contraten dos o mas de las coberturas descritas en este apartado, en caso de ocurrir la eventualidad asegurada, éstas coberturas no son excluyentes una de otras.

Definiciones para coberturas de Cáncer

- **Cáncer**

Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia del estudio histopatológico correspondiente. El término "cáncer" incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

- **Cáncer 'in situ'**

El cáncer "in situ" es un crecimiento de células cancerosas localizado, que al momento de la cirugía se extirpa totalmente y en el estudio histopatológico se describe a la pieza quirúrgica con bordes libres de células tumorales.

- **Primer Diagnóstico**

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

- **Cáncer de mama o de seno**

Es la afectación del tejido mamario por la presencia de tumores de células malignas con un crecimiento desordenado y que puede afectar diferentes partes de la glándula mamaria.

- **Cáncer de ovario**

Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.

- **Cáncer de útero o cervicouterino**

Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).

- **Cáncer de próstata**

Formación de células malignas (cancerosas) en los tejidos de la próstata.

- **Cáncer Preexistente**

Se considerará preexistente el Cáncer:

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

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

Comprobación

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

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

Pruebas

El Asegurado debe presentar a la Compañía, pruebas de haber sido por primera vez diagnosticado; sin embargo, la Compañía se reserva el derecho a verificar y a designar a una persona que corrobore dicho estado y su primicia, dicha designación recae en el médico que para tal efecto señale la Compañía.

Cancelación Automática para las coberturas por Cáncer

Esta Cobertura se cancela automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea la estipulada en la cláusula EDAD.

10. Fallecimiento a Causa de Cáncer

Si durante la vigencia de la póliza ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura conforme a las condiciones generales de la Póliza siempre y cuando el fallecimiento sea a consecuencia de cáncer.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza.

11. Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial

La Compañía pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, conforme a las condiciones generales de la póliza, cuando reciba las pruebas fehacientes, tanto del hecho y la causa del fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando el fallecimiento sea a consecuencia directa de cáncer de: mama, ovario, útero o próstata, y el fallecimiento haya ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

12. Primer Diagnóstico de Cáncer

Si durante la vigencia de la póliza al Asegurado se le realiza un primer diagnóstico de cáncer, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza y no es reinstalable en el año de vigencia en que ocurra el evento.

13. Primer Diagnóstico de Cáncer Especial

Si durante la vigencia de la póliza, al Asegurado se le realiza un primer diagnóstico de cáncer de mama, ovario, útero o próstata, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza y no es reinstalable en el año de vigencia en que ocurra el evento.

Exclusiones para las Coberturas de Cáncer:

- a) Diagnóstico o fallecimiento por cualquier enfermedad distinta al tipo de cáncer especificado en la cobertura contratada.
- b) El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como, cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado a la radioterapia.
- c) Cáncer "in situ".
- d) Cáncer de piel, excepto melanoma maligno.
- e) Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.
- f) Cualquier tipo de cáncer no especificado en los Tipos de Cáncer Cubiertos
- g) Cáncer preexistente.

Terminación de las Coberturas de Cáncer

- a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación estipulada en la Cláusula EDAD de estas condiciones generales.
- b) Cancelación de la cobertura básica.
- c) La muerte del Asegurado o Primer Diagnóstico de Cáncer.
- d) Al término de la vigencia del seguro.

COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza correspondiente.

14. Intervención Quirúrgica

El pago de la suma asegurada contratada se realizará al presentar las pruebas irrefutables de que el Asegurado sufra de uno de los eventos señalados en este apartado, dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando se cumplan las definiciones y lineamientos.

Evento Cubierto

Se entenderá por Evento Cubierto las intervenciones Quirúrgicas Tipo 1 e Intervenciones Quirúrgicas

Tipo 2 de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

Se entenderá por Intervención Quirúrgica la práctica con fines terapéuticos de incisiones en cualquier parte del cuerpo con el fin de corregir anomalías o extraer cuerpos extraños, órganos o tumores; las intervenciones quirúrgicas requieren para su realización procedimientos anestésicos ya sean locales o generales.

- a) Se entenderá como Intervención Quirúrgica Tipo 1 aquellas en las que se abran las siguientes cavidades: el cráneo, el tórax, el abdomen o el cuello, así como las intervenciones de columna vertebral.
- b) Se entenderá como Intervención Quirúrgica Tipo 2 aquellas que no cumplan con la señalada en las de Tipo 1, es decir fuera de las cavidades.

Para las intervenciones quirúrgicas siguientes aplicará un periodo de espera de 180 días:

- a) Cirugías de hernias de cualquier tipo.
- b) Cirugías de tumores benignos de piel, tejido celular subcutáneo y adiposo. Lipomas.
- c) Cirugías de vesícula biliar.

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional.

Una vez que se ha presentado un evento de esta cobertura, y se haya hecho el pago de la indemnización correspondiente, **esta cobertura quedará cancelada de forma definitiva para el Asegurado sin la posibilidad de reinstalarse en el año de vigencia en que ocurra el evento ni en las subsecuentes renovaciones.**

Indemnización por evento

La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.

Para efectos de indemnización los dos tipos de eventos son excluyentes entre sí por lo que si en un determinado caso son aplicables las definiciones de más de un tipo de evento cubierto, solo se pagará la suma asegurada mayor.

En caso de que debido a un Evento Cubierto el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que le corresponda, La Compañía efectuará el pago a la persona que presente la reclamación y los documentos que acrediten sus facultades de representación legal del Asegurado.

Comprobación

En el caso de Intervenciones Quirúrgicas para comprobar la ocurrencia se requerirá la presentación de:

- Copia de la factura hospitalaria si la intervención se realizó en institución privada.
- Carta comprobatoria en original y en papel membretado o sellado en la que conste el internamiento y el motivo del mismo, si la intervención se llevó a cabo en institución pública.
- Informe del cirujano (formato proporcionado por la Compañía).
- Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado

Pruebas

La Compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del evento. En caso de que el médico dictaminador de la Compañía no ratifique el

dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, cuyo cargo correrá a cargo del Asegurado, siendo éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.

Esta cobertura solo se pagará una vez por Asegurado por vigencia.

Si el riesgo amparado no se realiza al término del plazo del seguro, éste concluye sin obligación alguna por parte de la Compañía con respecto al mismo.

La Suma Asegurada de esta cobertura es independiente de la suma asegurada de cualquier otra cobertura.

Cancelación Automática de la cobertura de Intervenciones Quirúrgicas

Esta Cobertura se cancela automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea la estipulada en la cláusula Edad.

Exclusiones para la Cobertura de Intervención Quirúrgica

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) Toda intervención quirúrgica relacionada con enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
- b) Toda intervención quirúrgica tendiente a la corrección de problemas o defectos congénitos.
- c) Toda intervención quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad e impotencia sexual
- d) Toda intervención quirúrgica de tipo estético o reconstructivo incluyendo de tipo dental, salvo las necesarias como consecuencia directa de todo tipo de accidente
- e) Toda intervención quirúrgica derivada de una complicación por infección a consecuencia del virus VIH.
- f) Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular
- g) Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de sobre peso y obesidad y las encaminadas a corregir o tratar la calvicie
- h) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas "insitu" no invasivos, así como la resección de cualquier tipo de nevo o lunar
- i) Intervenciones Quirúrgicas de nariz y senos paranasales cualquiera que sea su causa
- j) Intervenciones Quirúrgicas con fines preventivos o de comprobación del estado de salud
- k) Toda intervención quirúrgica de tipo dental, alveolar o gingival

**I) Intervenciones Quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:**

- a) Práctica profesional de cualquier deporte
 - b) Actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado
 - c) Participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.
 - d) Intento de suicidio o auto lesión.
 - e) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.
 - f) Estados de depresión o enajenación mental
- m) Toda intervención quirúrgica requerida para tratar o atender cualquier complicación o secuela de un padecimiento o evento excluido o que no fue cubierto originalmente por esta póliza
- n) Todas las incisiones no en “cavidades” (piel y tejido subcutáneo) menores a 2 cm.

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza.

15. Renta Diaria por Hospitalización

La Compañía pagará al Asegurado el importe estipulado en la carátula de la póliza por cada día completo (24 horas) que permanezca hospitalizado por accidente o enfermedad, hasta el número de días máximo estipulado en la carátula de la póliza.

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

En el caso de hospitalización por embarazo, parto y complicaciones del embarazo, aplicará un periodo de espera de ocho meses contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante el periodo de hospitalización y siempre y cuando tuviera derecho a la suma asegurada estipulada para este beneficio conforme a lo establecido en el primer párrafo de esta cláusula, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios del Asegurado.

La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.

El seguro tiene una vigencia de un año o de plazos menores y pudiendo ser renovado por periodos de igual duración al originalmente contratado, siempre que la edad de aceptación del asegurado se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos y se satisfagan los requisitos de aceptación marcados por la compañía.

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 de la cobertura Renta Diaria por Hospitalización:

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas o hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- b) Cualquier tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por el Asegurador. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.
- c) El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional
- d) Tratamientos con fines estéticos, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización, de cirugía plástica salvo que sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del contrato
- e) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias
- f) Alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.
- g) Revisión médica sin que sea a consecuencia de una enfermedad o accidente.
- h) Una interrupción voluntaria del embarazo
- i) Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado
- j) El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente
- k) En caso de hospitalización por accidente, un estado alcohólico caracterizado por un nivel de alcohol en sangre superior a 80 miligramos de alcohol por 100 mililitros de sangre o 0.40 miligramos de alcohol de aire espirado, en vigor el día del siniestro.
- l) Las estancias en hospital y/o clínicas para desintoxicación alcohólica, de drogas y/o enervantes.
- m) Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades
- n) Diálisis y hemodiálisis
- o) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva
- p) Las enfermedades y accidentes que se produzcan por consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad del estado en tiempos de paz
- q) Enfermedades profesionales definidas como tales en la legislación vigente y enfermedades y accidentes resultantes de la realización y/o participación del Asegurado en actividades profesionales deportivas o recreativas de



elevada peligrosidad, tales como: pirotecnia, empleo de sustancias explosivas, tóxicas o corrosivas, actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, vuelo delta, taurinas de cualquier clase, boxeo, carreras con vehículos, embarcaciones o esquíes y la práctica profesional de deportes

- r) Padecimientos o enfermedades preexistentes durante los primeros 18 meses de cobertura ininterrumpida del Asegurado.
- s) La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de lo comúnmente aceptado por los facultativos así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravaciones que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de forma voluntaria y deliberada, notoriamente perjudiciales para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos, quirúrgicos o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas
- t) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Compañía abonará únicamente la indemnización correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica, requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.

VI. Endosos

Por las características de los siguientes endosos, éstos se otorgarán sin pago de Prima adicional, siempre y cuando se encuentren amparados en la Carátula de la Póliza, se emita el endoso correspondiente y mientras el contrato de seguro se encuentre vigente a la fecha del evento cubierto.

1. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento

Por medio de este endoso se otorga, al momento de enterarse del fallecimiento del Asegurado, ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, a los Beneficiarios designados en la proporción que les corresponda, un anticipo de la Suma Asegurada igual al 30% de la Suma Asegurada por el Beneficio de Fallecimiento con tope de \$100,000 M.N. Esta cantidad será descontada de la liquidación final a la que los Beneficiarios tuviesen derecho.

Para efectos del pago a los Beneficiarios, estos deberán presentar la siguiente documentación para tramitar el pago del anticipo:

- a) Certificado de defunción (copia)
- b) Designación de beneficiarios, si la tuviesen.
- c) Copia de identificación oficial del Beneficiario.
- d) Comprobante de domicilio del Beneficiario con una antigüedad no mayor a tres meses.

En caso de que se compruebe que el pago no fuese procedente, los Beneficiarios a los que se les hubiese pagado el anticipo deberán devolver los montos indemnizados en su totalidad.

2. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente

Por medio de este endoso se otorga, al momento de enterarse del fallecimiento a causa de un accidente del Asegurado, ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, a los Beneficiarios designados en la proporción que les corresponda, un anticipo de la Suma Asegurada igual al 30% de la Suma

Asegurada por el Beneficio de Muerte Accidental con tope de \$100,000 M.N.

Está cantidad será descontada de la liquidación final a la que los Beneficiarios tuviesen derecho.

Para efectos del pago a los Beneficiarios, estos deberán presentar la siguiente documentación para tramitar el pago del anticipo:

- a) Certificado de defunción (copia)
- b) Copia certificada de la Carpeta de Investigación
- c) Designación de beneficiarios, si la tuviesen.
- d) Copia de identificación oficial del Beneficiario.
- c) Comprobante de domicilio de cada uno de los Beneficiarios con una antigüedad no mayor a tres meses.

En caso de que se compruebe que el pago no fuese procedente, los Beneficiarios a los que se les hubiese pagado el anticipo deberán devolver los montos indemnizados en su totalidad.

3. Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad

Mediante este beneficio La Compañía otorgará al Asegurado, por una sola ocasión un pago anticipado hasta un máximo del 50% (cincuenta por ciento) de la suma asegurada correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento que se encuentre en vigor a la fecha del diagnóstico, sin que este pago exceda el equivalente a \$500,000 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.), al presentarse certificación médica mediante la cual se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal. Este beneficio será procedente siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento en que le sea diagnosticada la enfermedad grave por primera vez. El monto de Anticipo será descontado de la Suma Asegurada por la indemnización de Graves Enfermedades.

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

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

Exclusiones

El Anticipo de Suma Asegurada por Grave Enfermedad, no será cubierto en los siguientes casos:

- SIDA o presencia del virus del VIH
- Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo
- Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza.

4. Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas

Por medio del presente endoso se hace constar que en caso de que el Asegurado fallezca o sufra una pérdida orgánica cubierta como consecuencia de un accidente; la Compañía indemnizará la Suma Asegurada contratada siempre y cuando el fallecimiento o la pérdida orgánica ocurra dentro de la vigencia de la póliza y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente.

5. Accidentes o padecimientos previos

Por medio del presente endoso se hace constar que se amparan las lesiones provenientes de un accidente ocurrido o padecimiento o enfermedad que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:



THONA SEGUROS®

Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año

- a) Se hayan declarado previamente al inicio de vigencia de la póliza,
- b) Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la Póliza,
- c) Aquéllos por los que se haya erogado algún gasto previo al inicio de vigencia de la póliza,
- d) Que mediante un expediente clínico demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de la póliza.

Lo anterior siempre y cuando el Asegurado haya estado cubierto en una póliza de Vida con otra compañía de seguros de manera ininterrumpida y que no exista un periodo al descubierto mayor a treinta días naturales entre la vigencia de la compañía anterior y el inicio de vigencia de la presente póliza, lo que deberá comprobarse mediante la presentación de la copia de la póliza anterior y recibo de pago de la prima de dicha póliza.

6. Aviación particular

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero a bordo de una aeronave privada, aerotaxis y aviones fletados entendiéndose como aeronave privada un avión de línea no comercial, siempre y cuando los vuelos que se efectúen no excedan 100 horas anuales. El piloto de la aeronave deberá contar con licencia vigente que lo acredite como tal.

Quedan incluidos los Accidentes que ocurrán cuando el Asegurado viaje a bordo de helicópteros.

Este endoso no aplica a los Asegurados cuyas actividades sean similares a las que a continuación se enuncian: pilotos y copilotos de aeronaves y sobrecargos o auxiliar de éstos durante el vuelo.

7. Deportes peligrosos

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de la práctica amateur de deportes peligrosos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultraligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia, así como otras actividades deportivas igualmente peligrosas, siempre y cuando estas actividades hayan sido realizadas bajo la supervisión de un instructor.

Adicional a lo anterior se incluye el uso recreativo u ocasional de motocicletas, cuatrimotos o motonetas.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del Asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

8. Edades

Por medio del presente endoso se hace constar que si con posterioridad a la muerte del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y el Asegurado se encuentra dentro de las edades de aceptación, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada que corresponda conforme a la regla establecida en vigor, efectuando el ajuste correspondiente en primas y no en la Suma Asegurada.

9. Uso de motocicleta como herramienta de trabajo

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura aplicará únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que el Asegurado utilice la motocicleta como herramienta de trabajo.
- b) Que el accidente ocurra en horario laboral, desempeñando actividades propias de su trabajo y



THONA SEGUROS®

**Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año**

dentro de los límites de la entidad federativa donde se encuentra ubicado su centro de trabajo.
c) El Asegurado deberá utilizar el equipo reglamentario de seguridad y contar con licencia de motociclista en vigor.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

10. Uso de motocicleta como medio de transporte

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del Asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

11. Pérdida del oído o habla

Por medio del presente endoso se hace constar que se considera como pérdida orgánica dentro de los beneficios adicionales la pérdida total del habla o del oído pagando un 20% de la suma asegurada contratada en la cobertura de Pérdidas Orgánicas.

12. Indisputabilidad

Por medio del presente endoso se hace constar que, el Contrato de seguro será indisputable desde el primer día de vigencia de la póliza.

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

Las leyes y 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 PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS

FINANCIEROS

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

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



Seguro de Vida Individual
Temporal 1 Año

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: 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

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Febrero de 2019, con el número de registro CNSF-S0120-0054-2019/CONDUSEF-003430-03.

Folleto de derechos básicos Contratante, Asegurado y Beneficiario



Si tú conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro y evitarás imprevistos de último momento para estar mejor protegido.

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

- Solicitar al agente, intermediario o persona moral con el que se esté llevando a cabo la contratación, se identifique con la cédula o certificado que le emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que ofrece el seguro. Dicha información se deberá entregar por escrito o a través de correo electrónico en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a su solicitud.
- Recibir la información y documentación que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.
- Solicitar que te sea entregado y explicado el aviso de privacidad que la aseguradora tiene establecido.
- Ejercer tus derechos ARCO, para lo cual puedes llenar el formulario que se encuentra en la página www.thonaseguros.mx y enviarlo por mail a atencionaclientes@thonaseguros.mx
- Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si eres beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Junio de 2019 , con el número **CGEN-S0120-0029-2019/G-01090-001**.