



ViFLEX

Arma tu Paquete

PPAQ-S0120-0006-2022
Individual



I.	Definiciones.....	5
1.	Accidente	5
2.	Anquilosis	5
3.	Asegurado.....	5
a.	Asegurado dependiente.....	5
4.	Aseguradora.....	5
5.	Beneficiario	5
6.	Contratante	5
7.	Culpa Grave	5
8.	Deducible	5
9.	Detalle de Coberturas.....	5
10.	Endoso	5
11.	Enfermedad o Padecimiento Preexistente	5
12.	Franquicia	6
13.	Gasto Usual y Acostumbrado	6
14.	Incapacidad Temporal	6
15.	Invalidez Total y Permanente	6
16.	Pago Directo	7
17.	Periodo de Gracia	7
18.	Póliza	7
19.	Práctica Profesional del Deporte	7
20.	Prima.....	7
21.	Red de Thona.....	7
22.	Reembolso	7
23.	Siniestro.....	8
24.	Suma Asegurada	8
25.	UMA (Unidad de Medida de Actualización).....	8
II.	Cláusulas Generales	8
	Contrato de Seguro.....	8
	Modificaciones.....	8
	Vigencia del Contrato	8
	Beneficiarios	8
	Omissiones o Declaraciones Inexactas	9
	Pago de Primas	9

Vencimiento del Pago	10
Rehabilitación.....	10
Terminación del Contrato	10
Renovación	10
Suicidio.....	11
Interés Moratorio	11
Moneda	11
Competencia.....	12
Notificaciones.....	12
Disputabilidad.....	12
Prescripción	13
Agravación Esencial del Riesgo	13
Notificación de Comisiones.....	14
Entrega de Documentación Contractual	14
Notificación de Reclamaciones	15
Pago de reclamaciones	15
Indemnización al Proveedor.....	15
Comprobación del siniestro.....	16
Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas.....	17
Uso de Medios Electrónicos.....	18
III. Coberturas.....	19
COBERTURAS BÁSICAS.....	19
Fallecimiento	19
Gastos Funerarios	19
Muerte por Accidente	20
COBERTURAS ADICIONALES.....	20
Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años	21
Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años	21
Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente	21
Cobertura de Gastos Médicos por Accidente.....	23
Intervención Quirúrgica	24
Renta Diaria por Hospitalización	26
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente.....	26
Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente.....	26
Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	26

Fallecimiento a Causa de Cáncer	28
Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial.....	28
Primer Diagnóstico de Cáncer.....	28
Primer Diagnóstico de Cáncer Especial	28
Invalidez Total y Permanente por Accidente	29
Incapacidad Temporal por Accidente	30
IV. Exclusiones	30
V. Endosos	35
Anticipo de suma asegurada por fallecimiento	35
Anticipo de suma asegurada por muerte accidental	35
Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en fase terminal	36
Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas.....	36
Lesiones por ingesta de alcohol	36
Aviación particular	37
Deportes peligrosos	37
Uso de motocicleta como herramienta de trabajo.....	37
Uso de motocicleta como medio de transporte	37
Nivel Hospitalario.....	38
Pérdida del oído o habla.....	38
Suicidio.....	38
ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO (APLICABLE PARA TODAS LA COBERTURAS QUE EXCLUYEN ENFERMEDADES PREEXISTENTES)	38
LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	39

I. Definiciones**1. Accidente**

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

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

Para efectos de la cobertura de gastos médicos por accidente, el accidente debe producir lesiones que hacen necesario someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas.

2. Anquilosis

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

3. Asegurado

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

a. Asegurado dependiente

Es la persona que tiene relación con el Asegurado Titular pudiendo ser asegurados en el mismo contrato: Hijos de hasta 25 años, Cónyuge, Concubina (o), conviviente.

4. Aseguradora

THONA Seguros S.A. de C.V.

5. Beneficiario

Persona designada por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios para el caso de las coberturas de fallecimiento, muerte accidental, muerte accidental colectiva y gastos funerarios. En caso de las coberturas adicionales se indemnizará al Asegurado o Asegurado Dependiente, según corresponda.

6. Contratante

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

7. Culpa Grave

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de obligaciones. Es cuando la persona omite las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

8. Deducible

Para la cobertura de Gastos Médicos por accidente, es el porcentaje o cantidad establecida en la carátula de la póliza, que en caso de siniestro queda a cargo del Asegurado y que se descontará de la indemnización que corresponda. La Aseguradora no efectuará el pago de gastos médicos con costo inferior al deducible. El deducible no será reinstalable por reclamación, es decir, se pagará una única ocasión.

9. Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se indican los límites máximos de responsabilidad de la Aseguradora.

10. Endoso

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

11. Enfermedad o Padecimiento Preexistente

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

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

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

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- b) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

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

12. Franquicia

Para la cobertura de Gastos Médicos por accidente, es el valor estipulado en la carátula de la póliza, que deberá ser superado a fin de que la Aseguradora responda por el total de los gastos médicos incurridos por el accidente cubierto.

13. Gasto Usual y Acostumbrado

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre la Aseguradora y los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización. Esta información podrá ser consultada en el tabulador vigente que para tales efectos publique la Aseguradora a través de www.thonaseguros.mx.

El monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta póliza para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros), con los que la Aseguradora no tenga convenio, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio, atendiendo el tabulador indicado en el párrafo anterior.

14. Incapacidad Temporal

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

15. Invalidez Total y Permanente

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

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

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

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

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal 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 todos los casos se requerirá el aviso de baja emitido por la Institución de Salud en caso de ser derechohabiente de alguna de éstas o en su defecto, cuando no sea derechohabiente de una Institución de Salud, del Médico especialista; siendo la fecha de baja por invalidez la que se considere como fecha de ocurrencia del siniestro.

La Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

16. Pago Directo

Para efectos del contrato de seguro el Pago Directo es el beneficio mediante el cual la Aseguradora coordina y paga directamente al hospital y/o al médico con el cual ha celebrado convenio, por servicios médicos prestados a los Asegurados de acuerdo con las condiciones del presente contrato y cuando proceda la cobertura reclamada.

17. Periodo de Gracia

Plazo que la Aseguradora concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones, en caso de que se haya pactado el pago en parcialidades.

18. Póliza

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

19. Práctica Profesional del 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.

20. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y/o Asegurado.

21. Red de Thona

Hospitales y/o médicos con los cuales la Aseguradora tiene celebrados convenios para la prestación de servicios médicos para los Asegurados. Esta Red se puede consultar en <https://thonaseguros.mx/>

22. Reembolso

Para efectos del contrato de seguro, Reembolso es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. La Aseguradora reintegrará al Asegurado, hasta el monto de la Suma Asegurada, la cantidad que resulte después de aplicar el deducible correspondiente, o en su caso, cuando se haya rebasado la cantidad estipulado como franquicia, cuando así se haya contratado.

Todas las indemnizaciones vía Reembolso cubiertas por la Aseguradora serán liquidadas al Asegurado afectado, al Contratante, al Asegurado o a quien acredite haber realizado el gasto. Todos los comprobantes deberán ser originales y nunca en copias fotostáticas o recibos provisionales, en los cuales deberá constar el nombre del Asegurado afectado.

23. Siniestro

Realización de la eventualidad cubierta prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización a cargo de la Aseguradora.

24. Suma Asegurada

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

En cada cobertura, la Suma Asegurada **NO SERÁ REINSTALABLE** para eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

25. UMA (Unidad de Medida de 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 y podrá ser consultado en: <http://www.inegi.org.mx> y/o en el Diario Oficial de la Federación.

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 pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hacen constar mediante Endosos o Cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

Vigencia del Contrato

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

Beneficiarios

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

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

Los Beneficiarios designados tienen acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes o al mismo tiempo que el Asegurado, acrecienta por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario. Se entiende que el asegurado y el beneficiario fallecen al mismo tiempo cuando en los certificados de defunción de éstos se indica el mismo día y la misma hora de fallecimiento.

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

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

Advertencia

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

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

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

Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme a lo ordenado por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante y/o los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato. **La omisión o declaración inexacta de tales hechos, faculta a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.**

Pago de Primas

El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. La forma de pago de las primas es de acuerdo a la periodicidad solicitada por el Contratante y que contempla como opciones: anual, semestral, trimestral o mensual.

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

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

La prima podrá ser pagada mediante cargos a una tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, conforme a la periodicidad que el Contratante haya solicitado. En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo será prueba plena del pago de ésta.

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

Vencimiento del Pago

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

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los 30 días de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días del periodo de gracia la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Beneficiario, la total de la prima faltante.

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:

- El Contratante o Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
- El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- 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.

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.

Renovación

En caso de no recibir la solicitud de cancelación de la póliza, la Compañía renovará automáticamente el seguro, siempre y cuando la edad del Asegurado se encuentre dentro de los límites establecidos en la cláusula Edad. No obstante, lo anterior, cuando la Compañía o el Contratante decidan no renovarlo, deberán notificar de manera fehaciente a la otra parte su voluntad de no renovarlo, lo cual deberán hacerlo cuando menos con treinta días de anticipación al vencimiento de la póliza.

En cada renovación se aplicarán las primas y condiciones que se encuentren en vigor a la fecha de ésta, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Las condiciones de aseguramiento serán congruentes con las originalmente contratadas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las primas y condiciones que aplicarán en cada renovación lo cual hará dentro de los 30 días naturales anteriores a la renovación.

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

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio de los Asegurados, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio de los Asegurados.

Suicidio

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

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

Interés Moratorio

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

Moneda

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

Edad

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

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y/o consentimiento correspondiente, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Coberturas	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Fallecimiento	12	70	99
Gastos Funerarios Titular	12	70	99
Gastos Funerarios Cónyuge	14	70	71
Gastos Funerarios Hijos	30 días	24	25
Coberturas de Invalidez	12	59	64
Graves Enfermedades	12	59	64
Fallecimiento a causa de Cáncer	12	59	64
Fallecimiento a causa de Cáncer Especial	12	59	64
Primer diagnóstico de Cáncer	12	59	64
Primer diagnóstico de Cáncer Especial	12	59	64
Renta diaria por Hospitalización	12	59	64
Muerte Accidental	12	69	70
Muerte Accidental Colectiva	12	69	70
Coberturas de Pérdidas Orgánicas	30 días de nacido	69	70
Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	69	70
Intervenciones Quirúrgicas	12	69	70
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	12	69	70
Invalidez Total y Permanente por Accidente	12	69	70
Incapacidad Temporal por Accidente	12	69	70
Gastos Funerarios por Accidente Mayores 12 Años	12	69	70
Gastos Funerarios por Accidente Menores 12 Años	30 días	12 años	13 años

La cancelación de este contrato de seguro se realizará en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en el que el Asegurado cumpla la Edad de Cancelación señalada en el cuadro anterior.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, según corresponda, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

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

Notificaciones

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

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

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

Disputabilidad

Este contrato será indisputable por cuanto a la rescisión a que se refiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde el momento en que cumpla 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; entendiéndose por esto que La Compañía renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisas, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

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 estos.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco años tratándose de coberturas del riesgo de fallecimiento y en dos años para los demás casos, de conformidad a lo estipulado en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En todos los casos, los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Agravación Esencial del Riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Notificación de Comisiones

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

Entrega de Documentación Contractual

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

1. De manera personal al momento de emitir el Seguro, en cuyo caso el Asegurado firmará el acuse de recibo correspondiente.
2. Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos.

3. A través del correo electrónico del Asegurado, en cuyo caso deberá proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico al que debe enviar la documentación respectiva.

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

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

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

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

Notificación de Reclamaciones

Cualquier siniestro que pueda ser motivo de indemnización debe ser notificado a la Aseguradora en el curso de los primeros 5 días hábiles posteriores de su ocurrencia, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Aseguradora tan pronto como cese el impedimento.

La Aseguradora se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los Beneficiarios, para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la Aseguradora de cualquier obligación.

Pago de reclamaciones

La Aseguradora liquidará cualquier monto pagadero mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el Asegurado y/o Beneficiario le proporcione por escrito o en los casos que se requiera mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario. Dicho pago se realizará dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta sea procedente.

En el caso de la cobertura de pago de gastos médicos por accidente, la Aseguradora previo acuerdo con el Asegurado o su representante, en caso de que el Asegurado sea menor de edad, podrá pagar directamente al prestador de servicios médicos, previa presentación de la factura correspondiente. La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete, prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes, conforme al Gasto Usual y Acostumbrado.

La Aseguradora no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

Indemnización al Proveedor

La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en

sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes. **No se cubren gastos no relacionados con el tratamiento tales como pañuelos desechables, cremas, lociones, caja fuerte, servicio telefónico, televisión, restaurante o cafetería, etc.**

Los costos de hospitales, clínicas o médicos que estén en convenio con la Aseguradora, serán cubiertos con base en los tabuladores pactados previamente con ellos, los cuales se harán constar en los contratos respectivos.

Para los hospitales, clínicas o médicos que no estén en convenio con la Aseguradora, los costos serán cubiertos con base al Gastos Usual y Acostumbrado.

En todos los casos, la Aseguradora pagará, previa comprobación y una vez superado el deducible o franquicia correspondiente, hasta por la suma asegurada contratada, siempre que el gasto médico se origine dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto.

Comprobación del siniestro

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

FALLECIMIENTO

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Aseguradora

Póliza original, si la tuviera

Certificado de defunción

Acta de defunción del asegurado

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

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran, y Beneficiarios

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

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

INVALIDEZ/GRAVES ENFERMEDADES

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Aseguradora

Póliza original, si la tuviera

Copia de identificación oficial del Asegurado

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

Original del dictamen de Invalidez o Pérdidas Orgánicas

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

Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

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

PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR ACCIDENTE

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.

Póliza original, si la tuviera

Certificado de defunción, si lo tuviera.

Acta de defunción del Asegurado.

Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

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

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.

Copia de la identificación oficial de los Beneficiarios.

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

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

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS FUNERARIOS

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.

Póliza original, si la tuviera

Certificado de defunción.

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.

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

En caso de gastos funerarios por accidente deberá presentar Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

PARA LAS COBERTURAS DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA A O ESCALA B, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y PAGO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

Formato de reclamación y aviso de accidente el cual será proporcionado por la Aseguradora.

Póliza original, si la tuviera

Copia de identificación oficial del Asegurado.

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

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

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

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

Para la cobertura de Pago de Gastos Médicos por Accidente, además deberá presentar las facturas que amparen los gastos médicos erogados con motivo del accidente cubierto.

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.

Solo en aquellos casos en que de los documentos arriba señalados no sea posible determinar las circunstancias y consecuencias del siniestro, la Compañía tendrá derecho de solicitar documentos e información adicionales, lo anterior de conformidad a lo estipulado por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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.

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 Compañía 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 Compañía, quien hará de su conocimiento los términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos, los cuales están disponibles para consulta previa a su contratación en <https://thonaseguros.mx/terminos-y-condiciones-de-uso-plataforma-digital>.

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

Entrega de documentación Contractual derivada de operaciones a través de Medios Electrónicos

La Compañía 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 derivadas 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 Compañía 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 Compañía donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta póliza no será renovada o de que la misma será cancelada a partir del momento en que se emita dicho acuse. Al escrito de solicitud deberá acompañar copia de su identificación oficial.
- b) Enviando la solicitud por escrito, acompañada de copia de su identificación oficial al correo electrónico servicioasegurados@thonaseguros.mx, la Compañía 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 Compañía, 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.

III. Coberturas

El presente contrato ampara las coberturas contratadas y que se encuentran expresamente indicadas como cubiertas en la Carátula de la Póliza. La responsabilidad máxima de la Aseguradora será el monto de la Suma Asegurada contratada para cada cobertura amparada y se encuentra estipulada de igual manera en la carátula de la póliza.

COBERTURAS BÁSICAS

Fallecimiento

Si durante la vigencia de la póliza, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada conforme a las condiciones generales de la póliza.

Terminación de la Cobertura

Esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Aseguradora, en los siguientes casos:

1. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación descrita en la carátula de la póliza.

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 fallece en fecha posterior a su Fecha de Alta, debiendo estar la póliza en vigor al momento del siniestro. Esta cobertura estará en vigor para los Dependientes Asegurados siempre y cuando el Asegurado Titular permanezca con vida.

La Suma Asegurada para esta cobertura estará descrita en la carátula de la póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, Cónyuge y/o Hijos amparados por este contrato, la Compañía pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados en la carátula de la póliza, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

En caso de fallecimiento de cualquiera de los hijos Asegurados menores de edad del Asegurado Titular, la indemnización de esta Cobertura se realizará al Asegurado Titular.

Cuando se trate del fallecimiento de un hijo menor de 12 años, la suma asegurada será 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de Medida y Actualización) vigente a la fecha del siniestro.

Para efectos de esta cobertura, solamente las personas que se indican a continuación podrán ser consideradas como Dependientes Asegurados, mediante la solicitud del Contratante, aceptación previa de La Compañía y otorgamiento del consentimiento previo del cónyuge, concubinario o conviviente e hijos mayores de 18 años y menores de 25 años:

- El cónyuge, concubinario o conviviente menor de 99 años que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)
- Los hijos menores a 25 años de edad que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción).

Terminación de la Cobertura

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

1. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación descrita en la carátula de la póliza.
2. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, en el aniversario inmediato posterior en que la edad cumplida de éstos sea de 25 años.
3. En caso de haberse contratado alguna de las Coberturas de Pago Anticipado de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente o Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, la cancelación se hará en la fecha en que se haya determinado y otorgado la invalidez al Asegurado Titular.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura de Gastos Funerarios por Accidente.

Muerte por Accidente

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados: al cónyuge, los hijos del Asegurado titular, y estarán identificados con tal carácter, en la carátula de póliza.

Para menores de doce años la cobertura tiene como objeto cubrir gastos funerarios y por lo tanto la suma asegurada no podrá ser mayor al equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de medida y Actualización vigente a la fecha del siniestro).

COBERTURAS ADICIONALES

Muerte Accidental Colectiva

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

- a. Un Accidente automovilístico en el cual llegare a viajar como pasajero, siempre y cuando el vehículo en el cual viajare sea considerado de servicio público, **no aéreo**, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

- 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 encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años

La Aseguradora pagará al Asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado mayor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular a consecuencia de un accidente cubierto, la indemnización para esta cobertura se efectuará al (los) Beneficiario (s) designado (s).

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter en el certificado individual correspondiente.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Gastos Funerarios.

Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años

La Aseguradora pagará al Asegurado Titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente y nunca podrá exceder al equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de Medida y Actualización) vigente a la fecha del siniestro.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Gastos Funerarios.

Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente

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

a) Escala A.

La Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente acontecido 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:

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

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

b) Escala B

La Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un o accidente acontecido 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:

Pérdidas Orgánicas	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 de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25 %
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25 %
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5 %

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

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

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

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

Cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Ampara el riesgo de someterse, en territorio nacional, a un tratamiento médico y/o quirúrgico, hospitalización, hacer uso de servicios de enfermería, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente cubierto hasta por la suma asegurada contratada que se muestra en la póliza. El pago de este beneficio podrá ser mediante Pago Directo o Reembolso de acuerdo con lo estipulado en la cláusula Pago de reclamaciones

Es importante resaltar que los insumos de órtesis como bota Walker, bota de rehabilitación, caminador Darco, Daonsa y similares, se cubrirán al tope máximo del valor mensual de una UMA de la fecha en que se origine el gasto, quedando las diferencias a cargo del Asegurado.

Tanto los accidentes relacionados con rodilla y nariz, así como los insumos de ortesis indicados en el párrafo anterior, tendrán Suma Asegurada limitada de acuerdo con lo indicado en el endoso de Padecimientos Especiales siempre y cuando dicho endoso se encuentre amparado en la carátula de la póliza.

Se entenderá por lesión de rodilla los esguinces, fracturas, luxaciones, contusiones, heridas que ocurren sobre los elementos que componen la articulación de rodilla (huesos, ligamentos, tendones, nervios, etc).

Se entenderá por lesión de nariz a las fracturas, heridas, luxaciones (desvío del tabique), contusiones que ocurren sobre Los elementos que componen la nariz.

En el caso de rehabilitación física se cubrirá como tope máximo de 30 sesiones, por cada 10 sesiones se solicitará informe médico con la actualización del estado clínico del Asegurado y aplicará el tabulador mencionado en la definición de gastos usual y acostumbrado.

Para los procedimientos por lesiones en columna, nariz y artroscopias la Aseguradora tendrá la facultad de solicitar una segunda opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

El uso de ambulancia se cubrirá solo en caso de urgencia médica derivada de un accidente es decir toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera una actuación médica inmediata.

La Aseguradora pagará, previa comprobación y una vez superado el deducible o franquicia correspondiente, en su caso, el costo de los mencionados tratamientos hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que éstos inicien dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la suma asegurada de esta cobertura o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero. Si el Asegurado no requiere de tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la Aseguradora.

La Suma Asegurada para esta cobertura se encuentra estipulada en la carátula de la póliza y es por evento.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge e hijos del Asegurado titular.

Si al momento de la reclamación, la cobertura de reembolso de gastos médicos por accidente estuviera amparada total o parcialmente por otros Seguros de Thona u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, ya sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar copias de pagos y finiquitos que le hayan expedido en otras aseguradoras con relación al siniestro reclamado.

En los términos de esta póliza, queda entendido que el Asegurado elige voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud a consecuencia del accidente cubierto, por lo que la Aseguradora no será responsable de cualquier práctica o atención médica por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral, o de cualquier otro tipo con motivo de dicha atención médica.

Esta cobertura se podrá contratar con aplicación de deducible o de franquicia, lo cual se encontrará señalado en la carátula de la póliza.

Intervención Quirúrgica

Si durante la vigencia de la póliza, al asegurado se le diagnostica una enfermedad o sufre una lesión a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto y es necesario que sea intervenido quirúrgicamente, la Compañía le pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura la cual tiene por objeto brindarle un apoyo económico por haber tenido una afectación a su salud; lo anterior de conformidad con las siguientes definiciones y lineamientos:

Evento Cubierto

Para efectos de esta cobertura se entenderá como Evento Cubierto las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 1 y las Intervenciones Quirúrgicas Tipo 2 que a continuación se detallan:

Intervenciones Quirúrgicas

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.

Se entenderá como **Intervención Quirúrgica Tipo 1** aquellas en las que se abran alguna de las cavidades siguientes: el cráneo, el tórax, el abdomen o el cuello, así como las intervenciones de columna vertebral.

Se entenderá como **Intervención Quirúrgica Tipo 2** aquellas que no cumplan con la definición de las Tipo 1, es decir, fuera de las cavidades.

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

En el caso de las siguientes intervenciones, aplicará un periodo de espera de 180 días, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, siempre y cuando no sean a consecuencia directa de un accidente, en cuyo caso no aplicará periodo de espera alguno:

- 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.

Comprobación Médica del Evento

Se entenderá como comprobación médica 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. Se requerirá la presentación de:

- Copia de la factura hospitalaria si la intervención se realizó en institución privada.

- Carta comprobatoria en original y con 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 (formato proporcionado por La Compañía).

La Compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del evento, los cuales serán sujetos a revisión y evaluación del médico dictaminador de La Compañía. 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. La Suma Asegurada correspondiente a un evento cubierto será pagada en una sola exhibición una vez que se ha comprobado la ocurrencia.

Si debido a un mismo accidente o enfermedad el Asegurado requiere más de una intervención quirúrgica sólo se pagará la indemnización correspondiente a una de ellas (la de suma asegurada mayor).

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

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.

Exclusiones para la cobertura de Intervención Quirúrgica:

- Toda intervención quirúrgica relacionada con padecimientos preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.**
- Toda intervención quirúrgica tendiente a la corrección de problemas o defectos congénitos.**
- Toda intervención quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad e impotencia sexual.**
- Toda intervención quirúrgica de tipo estético o reconstructivo incluyendo de tipo dental, salvo las necesarias como consecuencia directa de todo tipo de accidente.**
- Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular.**
- Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de sobre peso y obesidad y las encaminadas a corregir o tratar la calvicie.**
- 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.**
- Intervenciones Quirúrgicas de nariz y senos paranasales cualquiera que sea su causa.**
- Intervenciones Quirúrgicas con fines preventivos o de comprobación del estado de salud.**
- Toda intervención quirúrgica de tipo dental, alveolar o gingival.**
- Intervenciones Quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:**
 - Práctica profesional de cualquier deporte**
 - 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, cualquiera que sea su grado.**
- f. **Estados de depresión o enajenación mental**
- I. **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.**

Renta Diaria por Hospitalización

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

El objetivo de esta cobertura es brindarle al Asegurado un apoyo económico por haber tenido una afectación a su salud.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge e los hijos 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 alta del Asegurado a la póliza.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente, es decir, sólo se puede contratar una de ellas.

Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

La Aseguradora pagará al Asegurado el importe estipulado en la carátula de la póliza, por cada día completo (24 horas) que permanezca hospitalizado por un accidente cubierto, hasta el número de días máximo estipulado en dichos documentos.

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

Esta cobertura es excluyente con la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, es decir, sólo se puede contratar una de ellas.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

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

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

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Invalidez Total y Permanente por Accidente, es decir, solo se podrá contratar una de ellas.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

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

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

Terminación de las coberturas por Invalidez Total y Permanente

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

Graves Enfermedades

La Aseguradora 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 (previa certificación médica) 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.

Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.

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.

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 aorto-coronarios.

La indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.

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.

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 especialista en la materia designado por la Aseguradora.

Terminación de la Cobertura

- a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación descrita en la carátula de la póliza.
- 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 Titular.
- e) Al término del plazo del seguro.

Fallecimiento a Causa de Cáncer

Si durante la vigencia de la póliza, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora 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 causa directa de cáncer.

Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial

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

Primer Diagnóstico de Cáncer

Si durante la vigencia de la póliza, al Asegurado se le realiza un primer diagnóstico de cáncer, la Aseguradora 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.

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 o útero y próstata, la Aseguradora 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 correspondiente y no es reinstalable en el año de vigencia en que ocurra el evento.

Se entiende por:

- **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.

- **Cáncer “in situ”**

El cáncer “in situ” es un crecimiento de células cancerosas localizado, que al momento de ser extirpado quirúrgicamente se quita todo y que en el estudio hepatológico se describe a la pieza quirúrgica con bordes libres de células tumorales.

- **Cáncer Preexistente**

Se considerará preexistente al Cáncer:

1. Diagnosticado por un médico legalmente autorizado, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
2. Por el que previamente a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

- **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).

Terminación de la Cobertura

- a) En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación descrita en la carátula de la póliza.
- b) Cancelación de la cobertura básica.
- c) La muerte del Asegurado Titular o Primer Diagnóstico de Cáncer.
- d) Al término del plazo del seguro.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

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

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

También se considera estado de invalidez total y permanente, sin que opere el período de espera de 6 meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo
- La pérdida de una mano y de un pie

Para efectos de esta cobertura se entiende por pérdida:

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

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge y los hijos del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter, en la carátula de la póliza.

Esta cobertura es excluyente con la cobertura Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente, es decir, solo se podrá contratar una de ellas.

Incapacidad Temporal por Accidente

Si como consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado sufriera un estado de incapacidad temporal, la Aseguradora pagará en una sola exhibición la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, siempre que la incapacidad sea mayor o igual a doce días.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge y los hijos del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter, en la carátula de la póliza.

Pruebas para las coberturas de Invalidez Total y Permanente e Incapacidad Temporal

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal del Asegurado, se requerirá la presentación a la Aseguradora 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 o Incapacidad Temporal.

En caso de que la Aseguradora cuente con evidencias de que el estado físico del Asegurado, al momento de la reclamación, no deriva en una Invalidez total y Permanente o Incapacidad Temporal, 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 o Incapacidad Temporal. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

IV. Exclusiones

No se cubrirán los siniestros cuando sean a consecuencia de:

- Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), alborotos populares o revolución,**
- Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el haya sido el provocador,**
- Cualquier forma de navegación submarina,**
- Aquellas que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o**

padecimientos preexistentes.

- e) Riesgo no cubierto por este contrato,
- f) Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinflingidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen,
- g) Cuando el Asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, drogas, enervantes, estimulante o similares, excepto si fueron prescritas por un médico,
- h) Explosiones nucleares o radioactivas o por contaminación radioactiva,
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos,
- j) Pruebas de velocidad o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa,
- k) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres,
- l) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- m) Envenenamientos de cualquier naturaleza o inhalaciones de gas de cualquier tipo, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para las de coberturas Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente:

- a) 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.
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.
- c) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- d) Práctica profesional de cualquier deporte.
- e) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

El contrato de seguro no cubre gastos médicos derivados de:

- a) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- b) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada, que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera

de la vigencia de la póliza.

- c) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente lo establecido en el apartado de “Definiciones”.
- d) Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine)
- e) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- f) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
- g) Gastos por tratamiento profiláctico, preventivo, multivitamínicos, suplementos alimenticios, gastro protectores, y gastos personales no relacionados con el tratamiento dentro del hospital.

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente:

- a) 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.
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.
- c) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- d) Práctica profesional de cualquier deporte.
- e) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.
- f) La reposición de prótesis dentales, alveolares o gingivales, de aparatos ortopédicos, así como prótesis auditivas y/o implantes auditivos y/o auxiliares para mejorar la audición, que el Asegurado ya utilizaba, cualquiera que sea su tipo y sin importar la naturaleza o causa de su reposición.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

No se pagará la suma asegurada si la hospitalización es derivada de:

- 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 la Aseguradora. 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) En caso de hospitalización por accidente, un estado alcohólico caracterizado por un nivel de alcohol puro 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.
- f) Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado.
- g) El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente.
- h) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias
- i) Una enfermedad psíquica o nerviosa
- j) Un chequeo médico
- k) Una interrupción voluntaria del embarazo
- l) Un estado de demencia
- m) Las estancias en hospital y/o clínicas para curas de desintoxicación alcohólica
- n) Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades
- o) Diálisis y hemodiálisis
- p) 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 esquís y la práctica profesional de deportes
- q) Padecimientos o enfermedades preexistentes.
- r) 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

s) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Aseguradora 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.

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para la cobertura de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente:

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 en las que participe el asegurado de forma activa.
- b) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto cuando se haya contratado el o los Endosos Uso de Motocicleta como Herramienta de trabajo y Uso de motocicleta como medio de transporte.
- 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.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

- a) Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.
- b) Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes, según se definen en estas condiciones.
- c) Reclamaciones relacionadas con tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, excepto si se demuestra que son consecuencia de un accidente.

Exclusiones para 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

Exclusiones para las coberturas Fallecimiento a Causa de Cáncer, Fallecimiento a Causa de Cáncer Especial, Primer Diagnóstico de Cáncer y Primer Diagnóstico de Cáncer Especial:

- 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” y cáncer de piel.
- d) Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.
- e) Cualquier tipo de cáncer no especificado en los Tipos de Cáncer Cubiertos
- f) Cualquier condición médica preexistente de cáncer, conforme a las definiciones de estas condiciones.

V. Endosos

Por las características de los siguientes beneficios, éstos se otorgarán sin pago de Primas siempre y cuando se encuentren descritas en la Carátula de la Póliza, y mientras se encuentren en vigor.

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.
- c) Copia de identificación oficial del Beneficiario.

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.

Anticipo de suma asegurada por muerte accidental

Por medio de este endoso se otorga, al momento de enterarse del fallecimiento a causa de un accidente del Asegurado, 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. 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:

Certificado de defunción (copia)
Carpeta de Investigación del Ministerio Público
Designación de Beneficiarios.
Copia de identificación oficial del Beneficiario.

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.

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad en fase terminal

Mediante este beneficio La Aseguradora 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 el certificado individual se encuentre vigente al momento en que le sea diagnosticada la enfermedad en fase terminal por primera vez. El monto de Anticipo será descontado de la Suma Asegurada del beneficio básico por fallecimiento.

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

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

Exclusiones

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

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

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; Thona 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.

Lesiones por ingesta de alcohol

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 cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando él no sea responsable y así conste en la carpeta de investigación del Ministerio Público.

El sólo hecho de ser responsable del accidente al encontrarse bajo los efectos del alcohol se considerará culpa grave por lo que Thona queda eximida de cualquier pago.

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 ocurran 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 pero no limita: pilotos y copilotos de aeronaves y sobrecargos.

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.

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 dentro de los límites de la entidad federativa donde se encuentra ubicado el Contratante.
- 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.

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.

Nivel Hospitalario

Pago Directo: Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Medio y dentro de la Red de Thona, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo aplicando las condiciones contratadas. Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Alto y dentro de la Red de Thona, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo incrementando el deducible contratado en la cantidad de Mil Pesos mexicanos y los gastos hospitalarios procedentes serán indemnizados al 85%.

Reembolso: Cuando la atención médica sea en hospitales fuera de la Red de Thona, la indemnización se realizará vía Reembolso aplicando el tabulador vigente al momento del siniestro. Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel alto, la indemnización podrá realizarse vía reembolso incrementando el deducible contratado en la cantidad de Mil Pesos mexicanos y los gastos hospitalarios procedentes serán indemnizados al 85%.

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 siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente, pagando un máximo del 20% de la suma asegurada contratada en la cobertura de Pérdidas Orgánicas por Accidente.

Suicidio

Por medio del presente endoso se hace constar que, la Aseguradora cubrirá la muerte por suicidio (no se considera como accidente), cuando éste ocurra dentro de la vigencia del contrato cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, eliminando cualquier periodo de espera.

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

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

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

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

LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Av. Insurgentes Sur No. 1228, Piso 7, Colonia Tlacoquemécatl, C.P. 03200, Ciudad de México

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionclientes@thonaseguros.mx

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

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

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

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

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de enero de 2022, con el número PPAQ-S0120-0006-2022/CONDUSEF-005196-01.

Folleto de derechos básicos Contratante, Asegurado y Beneficiario



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

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



Solicitar al agente, intermediario o persona moral con el que se esté llevando a cabo la contratación, se identifique con la cédula o certificado que le emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).



Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que ofrece el seguro. Dicha información se deberá entregar por escrito o a través de correo electrónico en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a su solicitud.



Recibir la información y documentación que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance de las coberturas contratadas, la forma de conservarlas, así como las formas de terminación del contrato de seguro.



Solicitar que te sea entregado y explicado el aviso de privacidad que la aseguradora tiene establecido.



Ejercer tus derechos ARCO, para lo cual puedes llenar el formulario que se encuentra en la página www.thonaseguros.mx y enviarlo por mail a atencionclientes@thonaseguros.mx



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

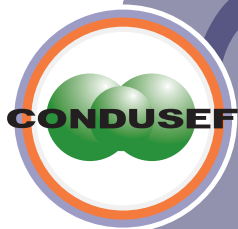
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

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

atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de enero de 2022, con el número PPAQ-S0120-0006-2022/CONDUSEF-005196-01.

