

VIDA GRUPO COVID19

Condiciones Generales



I. DEFINICIONES	5
Asegurado	5
Asegurado Titular	5
Beneficiario	5
Compañía	5
Contratante	5
Coronavirus	5
Coronavirus 19 (COVID19)	5
Endoso	5
Enfermedad	5
Enfermedad o padecimiento preexistente.....	5
Grupo Asegurado	6
Hospital	6
Hospitalización	6
Médico.....	6
Periodo de Espera.....	6
Prima	6
Póliza	6
Siniestro	6
Suma Asegurada.....	6
UMA	6
Vigencia.....	7
II. CLÁUSULAS GENERALES.....	7
Contrato.....	7
Modificaciones	7
Consentimientos Individuales	7
Registro de Asegurados	8
Certificados Individuales.....	8
Omissiones o Declaraciones Inexactas	9
Vigencia del Contrato	9
Terminación del Contrato	9
Prima	10





Pago de Prima.....	10
Periodo de Gracia.....	10
Ajuste de la Prima.....	11
Renovación.....	11
Rehabilitación	11
Moneda	11
Disputabilidad	11
Prescripción	12
Comunicaciones.....	12
Competencia.....	12
Obligaciones del Contratante.....	12
Edad	15
Ajustes de la Suma Asegurada	16
Sistema de Administración	16
Formas de Liquidación.....	17
Suicidio.....	17
Notificación de Comisiones.....	17
Cambio por Riesgos	17
Interés Moratorio	17
Comprobación del siniestro	17
Dividendos – Participación en las Utilidades.....	18
Uso de Medios Electrónicos	19
III. COBERTURA BÁSICA	20
Cobertura de Fallecimiento	20
IV. COBERTURA OPCIONAL.....	20
Gastos Funerarios	20
V. COBERTURAS ADICIONALES	21
Gastos Funerarios por fallecimiento por COVID 19.....	21
Graves Enfermedades	22
Renta Diaria por Hospitalización.....	24
Renta diaria por hospitalización por COVID 19	26
Indemnización por hospitalización por COVID 19.....	27
VI. ENDOSOS	28





Anticipo de Suma Asegurada por Fallecimiento	28
Certificados individuales	29
Consentimientos.....	29
Edades	29
Suicidio.....	29
Indisputabilidad	30
ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO (APLICABLE PARA TODAS LA COBERTURAS QUE EXCLUYEN ENFERMEDADES PREEXISTENTES).....	30
VII. LEGISLACIÓN SEÑALADA en el Contrato de Seguro.....	30



I. DEFINICIONES

Asegurado

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, que gozarán del beneficio por los riesgos amparados en la Carátula de esta Póliza y/o certificado individual correspondiente.

Asegurado Titular

Es la persona que tiene directamente la relación con el Contratante, es miembro directo del grupo asegurado.

Beneficiario

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

Compañía

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

Contratante

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

Coronavirus

Virus que pueden causar enfermedades infecciosas de las vías respiratorias.

Coronavirus 19 (COVID19)

Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus, también conocido como Sars-CoV-2.

Endoso

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

Enfermedad

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

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.

Grupo Asegurado

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

Hospital

Institución legalmente autorizada para prestar servicios médicos encaminados al diagnóstico de lesiones o enfermedades, con la finalidad de reestablecer la salud de los pacientes.

Hospitalización

Estancia continua en un Hospital, siempre y cuando sea justificada y comprobable para la atención de una enfermedad o accidente, dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el médico tratante.

Médico

Profesional que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y que dentro de sus funciones está la de reestablecer la salud de sus pacientes.

Periodo de Espera

Es el lapso de tiempo establecido en este contrato, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado a la póliza, y durante el cual el Asegurado no estará amparado en las coberturas en dónde se especifique que existe periodo de espera. Transcurrido dicho periodo, se activarán los beneficios de la cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia, o en su caso, a partir de la rehabilitación del seguro. Este periodo de espera no aplicará en las renovaciones subsecuentes.

Prima

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

Póliza

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

Siniestro

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

Suma Asegurada

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

UMA

Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México,



así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores, correspondiéndole al INEGI calcular dicho valor.

Vigencia

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

II. CLÁUSULAS GENERALES

Contrato

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

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

Los medios de entrega serán:

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

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

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

Modificaciones

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

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

Consentimientos Individuales

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



Registro de Asegurados

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

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

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

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

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

Certificados Individuales

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

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

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

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

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

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:



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

Omisiones o Declaraciones Inexactas

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

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

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

Vigencia del Contrato

El presente Contrato entrará en vigor desde la fecha en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía lo haya aceptado, quedando constatada dicha fecha por escrito en la Carátula de la Póliza. Inicia a las doce horas del primer día del período de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del período de seguro contratado.

Terminación del Contrato

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

Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza.

En términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, una vez transcurrido el periodo de gracia establecido en estas Condiciones Generales sin que se haya pagado la prima o fracción que corresponda.

El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la Prima no devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, mediante cheque nominativo en favor del Contratante en un plazo que no excederá de 10 días naturales posteriores a la fecha en que reciba el aviso de cancelación.



Prima

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

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

Pago de Prima

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

A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 días anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la forma de pago a cualquier periodicidad disponible.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes al momento de la celebración del Contrato y que se dará a conocer como parte integrante del mismo y en cada renovación.

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

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

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

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo o el comprobante emitido por la Institución Bancaria en dónde se abone el pago, serán prueba plena del pago de ésta.

Periodo de Gracia

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

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



Ajuste de la Prima

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

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

Renovación

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

En cada renovación se 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. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de ésta, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

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 del Asegurado, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

Rehabilitación

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

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

Moneda

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

Disputabilidad

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



individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

Prescripción

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

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

Comunicaciones

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

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

Competencia

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

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

Obligaciones del Contratante

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

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



- En caso de modificación, enviar a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, si es que lo amerite.
- Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

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

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

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

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

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

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

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

La Compañía realizará la devolución dentro de los treinta días contados a partir de que se le notificó la Baja del Asegurado, en este caso, el Asegurado o Contratante, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, proporcionará los datos bancarios de cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente, dando prioridad al medio de pago utilizado por el Asegurado o Contratante para el pago de la prima.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

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



En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, se debe cumplir con lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

Beneficiarios

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

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

- Garantizar créditos concedidos por el Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo de éste. Para el caso de que el seguro garantice créditos, el Contratante sólo puede ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente.
- Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pueda causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

Para efectos de las coberturas: Fallecimiento, Gastos Funerarios y Gastos Funerarios por Fallecimiento por COVID 19 (estas dos últimas coberturas cuando el fallecido sea el Asegurado Titular), el Asegurado Titular designa como Beneficiarios a las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:



- a) En primer lugar al Cónyuge, concubina (o) o conviviente del Asegurado Titular,
- b) En caso de ausencia del anterior, corresponderá a los hijos de Asegurado Titular en porciones iguales,
- c) En caso de ausencia de los anteriores, corresponderá a los padres del Asegurado Titular en porciones iguales,
- d) En caso de no existir ninguno de los anteriores, se pagará a la sucesión del Asegurado Titular.

El Asegurado Titular podrá aceptar la pre-designación arriba descrita o hacer una designación diferente desde el momento de requisitar el consentimiento para ser asegurado. No obstante lo anterior, el Asegurado Titular tiene derecho de cambiar de beneficiario (s) en cualquier momento, mediante notificación por escrito a la Compañía.

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

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

Advertencia

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

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

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

Edad

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

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



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

I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se 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 aceptación y cancelación para este seguro se establecerán en la carátula de la póliza, de acuerdo con la tabla siguiente:

Cobertura	Edades de aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Fallecimiento	12 años	64 años	65 años
Gastos Funerarios, Gastos Funerarios por COVID 19, Enfermedades Graves, Renta diaria por Hospitalización, Renta diaria por Hospitalización por COVID 19, Indemnización diaria por Hospitalización por COVID 19	30 días de nacido	64 años	65 años

Ajustes de la Suma Asegurada

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

Sistema de Administración

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



requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas en materia de este seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables.

Formas de Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito. El pago se efectuará dentro de los 30 días siguientes a que se hayan recibido los documentos e informaciones que permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta resulte procedente.

Suicidio

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

Notificación de Comisiones

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

Cambio por Riesgos

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

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

Interés Moratorio

Si la 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.

Comprobación del siniestro

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

FALLECIMIENTO

Formato de reclamación proporcionado por la Compañía

Certificado Individual, si lo tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Original del Certificado de defunción

Original del Acta de defunción del asegurado

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

Acta de nacimiento de los beneficiarios (en caso de los hijos sean beneficiarios)

Acta de nacimiento del Asegurado (en caso de que los padres sean los beneficiarios)



Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran
Copia de identificación oficial de los Beneficiarios
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de los Beneficiarios

GASTOS FUNERARIOS Y GASTOS FUNERARIOS POR COVID19

Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía
Certificado Individual, si lo tuviese
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Original del Certificado de defunción
Original del 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.

GRAVES ENFERMEDADES/RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN/RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR COVID19 /INDEMNIZACION POR HOSPITALIZACION POR COVID19

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

Tratándose de las coberturas COVID19, además de los documentos señalados en cada rubro, será necesario que se entregue a la Compañía la certificación médica en la que conste el diagnóstico de COVID19, el cual deberá estar acompañado del resultado de los estudios de laboratorio en el que se establezca que el Asegurado dio positivo a Sars-CoV-2, dichos estudios deberán haberse realizado en un laboratorio o Institución avalados por las autoridades de salud competentes. Los estudios de laboratorio deberán ser pruebas del tipo Reacción en Cadena de la Polimerasa (por sus siglas en inglés PCR) y no solo alguno de los llamados test rápidos ya que la prueba del tipo RT-PCR, su nombre oficial, se basa en las características de estabilidad al calor de una enzima polimerasa.

En los 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 Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización para llevar a cabo la comprobación o una investigación, así como la realización de actos tendientes a que la Compañía incurra en un error, por parte del Contratante, del Asegurado o de sus Beneficiarios, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

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

Dividendos – Participación en las Utilidades



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

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 derivados del contrato celebrado, conforme a lo siguiente:

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

En caso de que por cualquier motivo, no reciban la documentación contractual dentro de los 30 días siguientes a la contratación del seguro, el Contratante y/o Asegurado deberán comunicarse con la Aseguradora al número telefónico 5544338900 extensión 112, para que la 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. COBERTURA BÁSICA

Cobertura de Fallecimiento

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

IV. COBERTURA OPCIONAL

La cobertura que se presenta a continuación será otorgada como cobertura opcional, es decir, podrá ser otorgada como Cobertura Adicional o como Cobertura Básica.

Gastos Funerarios

Esta cobertura podrá ser contratada bajo alguna de las siguientes modalidades y en su caso estará descrita en los certificados individuales:

- Titular
- Titular y Cónyuge
- Titular e hijos
- 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 el certificado individual correspondiente.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada por concepto de Gastos Funerarios, si el Asegurado fallece en fecha posterior a su alta en la Póliza, debiendo estar la póliza y certificado individual 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 y certificado individual correspondiente. Tratándose del fallecimiento de menores de 12 años, la suma asegurada no podrá exceder del equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro.

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

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

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



- El cónyuge, concubinario o conviviente hasta de 64 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 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. Cancelación de la Cobertura Básica
2. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, en el aniversario en que la edad cumplida de éstos sea de 25 años.
3. A la muerte del Asegurado Titular.

V. COBERTURAS ADICIONALES

Gastos Funerarios por fallecimiento por COVID 19

Esta cobertura podrá ser contratada bajo alguna de las siguientes modalidades y en su caso estará descrita en los certificados individuales:

- Titular
- Titular y Cónyuge
- Titular e Hijos
- 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 el certificado individual correspondiente.

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada, si el Asegurado fallece a consecuencia de COVID 19 en fecha posterior a su alta en la Póliza, debiendo estar la póliza y certificado individual 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 y certificado individual correspondiente. Tratándose del fallecimiento de menores de 12 años, la suma asegurada no podrá exceder del equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro.

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

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



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

- El cónyuge, concubinario o conviviente hasta de 64 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 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:

2. Cancelación de la Cobertura Básica
2. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, en el aniversario en que la edad cumplida de éstos sea de 25 años.
3. A la muerte del Asegurado Titular.

Graves Enfermedades

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

a) Infarto al Miocardio.

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

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

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC).

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

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

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

c) Trasplante de órganos vitales

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

- Corazón,
- Uno o dos pulmones,
- Páncreas,



- Riñones,
- Hígado.

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis:

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

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.

f) Cáncer:

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

Comprobación

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

Pruebas

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

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

Certificación Médica:

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

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

Terminación de la Cobertura

- a) Cancelación de la cobertura básica.
- b) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura y agote la Suma Asegurada.
- c) La muerte del Asegurado.

Exclusiones para la cobertura de Graves Enfermedades

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



- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
- b) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.
- c) Enfermedades acompañadas por una infección VIH.
- d) Tratamientos previos a un trasplante.
- e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- f) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
- g) Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes del inicio de la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente.
- h) Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo “sten” y similares.
- i) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “in situ” no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren solo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.
- j) El caso de periodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.
- k) Enfermedades preexistentes

Renta Diaria por Hospitalización

La Compañía pagará al Asegurado el importe estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual por cada día completo (24 horas) que permanezca hospitalizado por accidente o enfermedad. Esta cobertura ampara al Asegurado desde el primer día de hospitalización hasta por el número de días estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, con un máximo de 30 días.

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

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

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

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

Terminación de cobertura:

- a) Cancelación de la cobertura básica.
- b) Cuando se agote la Suma Asegurada para esta cobertura.
- c) La muerte del Asegurado



Exclusiones de la cobertura Renta Diaria por Hospitalización:

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) Cuando el médico tratante sea familiar consanguíneo o por afinidad, en cualquier grado, del Asegurado.**
- b) 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 u hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.**
- c) Cualquier tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por el Asegurador. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.**
- d) El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional**
- e) 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**
- f) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias**
- g) Alteraciones mentales y trastornos funcionales del cerebro, tales como neurosis, psicosis y esquizofrenia de cualquier tipo.**
- h) Revisión médica sin que sea a consecuencia de una enfermedad o accidente.**
- i) Una interrupción voluntaria del embarazo**
- j) Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado**
- k) El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente**
- l) En caso de hospitalización por accidente, un estado alcohólico caracterizado por un nivel de alcohol en sangre superior a 80 miligramos de alcohol por 100 mililitros de sangre o 0.40 miligramos de alcohol de aire espirado, en vigor el día del siniestro.**
- m) Las estancias en hospital y/o clínicas para desintoxicación alcohólica, de drogas y/o enervantes.**
- 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) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva**



- q) Las enfermedades y accidentes que se produzcan por consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad del estado en tiempos de paz
- r) 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
- s) Padecimientos o enfermedades preexistentes durante los primeros 18 meses de cobertura ininterrumpida del Asegurado.
- t) 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
- u) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Compañía abonará únicamente la indemnización correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica, requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.

Renta diaria por hospitalización por COVID 19

La Compañía pagará al Asegurado el importe estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual por cada día completo (24 horas) que permanezca hospitalizado en caso de que sea diagnosticado de COVID 19. Esta cobertura ampara al Asegurado desde el primer día de hospitalización hasta el número de días estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, con un máximo de 30 días.

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

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



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

Terminación de la Cobertura

- a) Cancelación de la cobertura básica.
- b) Cuando se agote la Suma Asegurada para esta cobertura.
- c) La muerte del Asegurado

Exclusiones de la cobertura Renta Diaria por Hospitalización por COVID 19:

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) Cuando el médico tratante sea familiar consanguíneo o por afinidad, en cualquier grado, del Asegurado.
- b) 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 u hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- c) Revisión médica sin que sea a consecuencia del diagnóstico de COVID19.
- d) Cuando la hospitalización sea por cualquier enfermedad o estado que no sean consecuencia del COVID19.
- e) Padecimientos o enfermedades preexistentes que sean a consecuencia del diagnóstico de COVID 19 (Asegurados que hayan sido diagnosticados como positivos con COVID19, previo a la contratación de la póliza y/o certificado individual correspondiente).
- f) 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 o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas
- g) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas.

Indemnización por hospitalización por COVID 19

La Compañía pagará al Asegurado el importe de la suma asegurada para esta cobertura en caso de que éste sea hospitalizado a consecuencia de haber sido diagnosticado con COVID 19. Esta cobertura operará una vez que hayan transcurrido dos días continuos de hospitalización.

Para esta cobertura aplicará un periodo de espera de 48 horas.



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

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

Terminación de la Cobertura

- a) Cancelación de la cobertura básica.
- b) Cuando se pague la Suma Asegurada para esta cobertura.

Exclusiones de la cobertura Indemnización por hospitalización por COVID 19:

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) Cuando el médico tratante sea familiar consanguíneo o por afinidad, en cualquier grado, del Asegurado.
- b) 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 u hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- c) Revisión médica sin que sea a consecuencia del diagnóstico de COVID19.
- d) Cuando la hospitalización sea por cualquier enfermedad o estado que no sean consecuencia del COVID19.
- e) Padecimientos o enfermedades preexistentes que sean a consecuencia del diagnóstico de COVID 19 (Asegurados que hayan sido diagnosticados como positivos con COVID19, previo a la contratación de la póliza y/o certificado individual correspondiente).

VI. ENDOSOS

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 del certificado individual correspondiente, 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) Consentimiento firmado por el Asegurado en donde designe a sus 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.

Certificados individuales

Por medio del presente endoso, la Compañía considerará válidos los certificados de las compañías anteriores que hayan cubierto al asegurado, siempre que dichos certificados no tengan más de cinco años de antigüedad.

Esta aceptación solo será válida durante los primeros 12 meses de vigencia de la póliza a la cual se agrega el presente documento, esto es, no aplicará para renovaciones.

Los certificados deberán contener entre otros datos: Contratante, Nombre completo del Asegurado, Regla o monto de suma asegurada, fecha de nacimiento o edad del asegurado, vigencia del seguro, nombre completo de los beneficiarios, parentesco y en su caso el carácter de irrevocable.

En caso de siniestro, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, a los beneficiarios que consten en la última designación de Beneficiarios que esté en su poder y sea avalado por el Contratante, quedando liberada de toda responsabilidad si posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

Consentimientos

Por medio del presente endoso se hace constar que para dar cumplimiento al Artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, se considerarán como válidos los Consentimientos Individuales correspondientes a vigencias anteriores a la contratación de este seguro aún y cuando se hayan otorgado a otras Compañías de Seguros, siempre que dichos consentimientos no tengan más de cinco años de antigüedad.

Esta aceptación solo será válida durante los primeros 12 meses de vigencia de la póliza a la cual se agrega el presente documento, esto es, no aplicará para renovaciones.

Para que dichos Consentimientos sean válidos:

- a) Deberán de estar debidamente firmados por el Asegurado.
- b) Deberán contener la Suma Asegurada o regla para determinarla
- c) Deberán contener la designación de beneficiarios.

En caso de siniestro, la Compañía pagará la Suma Asegurada que corresponda, a los beneficiarios que consten en la última designación de Beneficiarios que esté en su poder y sea avalado por el Contratante, quedando liberada de toda responsabilidad si posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

Edades

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

Suicidio



Por medio del presente endoso se hace constar que, en el entendido que el Grupo Asegurado se encuentra formada por un Grupo auténtico en el cual el asegurado no participa en el pago de las primas, se cubre la muerte por suicidio, 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.

Indisputabilidad

Por medio del presente endoso se hace constar que, en el entendido que el Grupo Asegurado se encuentra formada por un Grupo auténtico en el cual el Asegurado no participa en el pago de las primas, el Contrato de seguro será indisputable desde el primer día de vigencia de la póliza o Certificado Individual.

En caso de haber presentado requisitos médicos y que la Suma Asegurada sea mayor a la Suma Asegurada Máxima Indemnizable vigente, la cantidad excedente siempre será disputable.

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

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

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

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

VII. 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>

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Leyes%20y%20Reglamentos/Reglamento%20del%20Seguro%20de%20Grupo%2020-jul-2009.pdf>



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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7 Col. Tlacoquemecatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía Benito

Juárez CDMX Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx

Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

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

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

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

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 25/06/2020, con el número CNSF-S0120-0293-2020.



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).

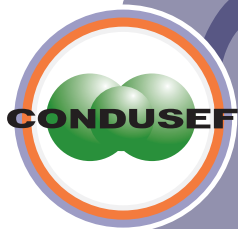
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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 25 de Junio de 2020, con el número CNSF-S0120-0293-2020.

