



**THONA
SEGUROS®**



SEGURO DE GRUPO AHORRO INDIVIDUALIZADO
PARA LA SEPARACIÓN

Condiciones Generales

Contenido

I) DEFINICIONES.....	5
Accidente	5
Anquilosis	5
Asegurado	5
Beneficiario.....	5
Compañía.....	5
Contratante	5
Endoso	5
Enfermedad	5
Enfermedad o Padecimiento Preexistente	5
Grupo Asegurado.....	6
Póliza.....	6
Prima	6
Suma Asegurada.....	6
Siniestro.....	6
Vigencia	6
II) CLÁUSULAS GENERALES.....	6
Contrato de Seguro.....	6
Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.....	6
Modificaciones	6
Solicitud	7
Consentimientos Individuales	7
Registro de Asegurados	7
Certificados Individuales	8
Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.....	8
Vigencia del Contrato	8
Beneficiarios.....	8
Omisiones o Declaraciones Inexactas.....	9
Pago de Primas	10
Pago Automático de Primas	10
Vencimiento del Pago.....	10
Obligaciones del Contratante	11
Ingreso de Asegurados	11
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)	11

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)	12
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)	12
Sistema de Administración	13
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)	13
Rehabilitación	13
Suicidio	14
Interés Moratorio	14
Temporalidad del Plan	16
Renovación del Contrato	16
Moneda	16
Edades de Aceptación	16
Ajustes de la Suma Asegurada	17
Competencia	17
Acuerdo de Arbitraje	17
Comunicaciones	18
Carencia de Restricciones	19
Disputabilidad	20
Prescripción	20
Notificación de Comisiones	20
Entrega de Documentación Contractual	20
Terminación del Contrato	21
Comprobación Del Siniestro	21
III) COBERTURA BASICA	22
1. Cobertura de Fallecimiento y Operación de la Póliza	22
Descripción de la Cobertura de Fallecimiento	22
Suma Asegurada	22
Fondo Acumulado	22
Liquidación del Fondo	23
Reservas Técnicas	23
Costo del Seguro	23
Cargo al Fondo	23
Cargo al fondo por costo del seguro	23
Cargo sobre intereses obtenidos por el fondo	24
Cargo sobre el saldo del fondo	24

Cargo por aportaciones	24
Cargo por retiros / cancelación.....	24
Cargo en monto fijo sobre el saldo del fondo.....	24
Valor en Efectivo	24
Valor de Rescate	24
Retiros.....	24
Formas Opcionales de Liquidación	25
Participación de las Utilidades	25
Estado de Cuenta.....	25
IV) COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.....	25
Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente	25
Definición de Invalidez Total y Permanente.....	25
Cancelación Automática para la cobertura de Invalidez Total y Permanente	26
LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO	28
FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO	29

I) DEFINICIONES

Accidente

Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado. **No se consideran Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Anquilosis

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

Asegurado

La persona física designada en el Certificado Individual de la Póliza que forma parte del Grupo Asegurado y que dio su consentimiento previo para ser Asegurado.

Beneficiario

Persona física designada por el Asegurado en el consentimiento y que figura en el Certificado emitido por la Aseguradora, como titular de los derechos indemnizatorios.

Compañía

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

Contratante

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

Endoso

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

Enfermedad

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

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

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

Grupo Asegurado

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

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

Póliza

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

Prima

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

Suma Asegurada

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

Siniestro

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

Vigencia

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

II) CLÁUSULAS GENERALES**Contrato de Seguro**

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

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Modificaciones

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

Solicitud

Es el formato que proporciona la Compañía y que el Contratante requisita para la celebración del contrato de seguro, y deberá comprender la siguiente información:

- a) Operación de seguro de que se trata y naturaleza de los riesgos por asegurar.
- b) Número, edad y sexo, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro.
- c) Características particulares o especiales del grupo que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante.
- d) Sumas aseguradas para los Integrantes del grupo o regla para determinarlas.
- e) Participación con la que, en su caso, los integrantes del grupo contribuyen al pago de la prima.
- f) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos.
- g) Expresar si el objeto del contrato de seguro es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante.

Consentimientos Individuales

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

Registro de Asegurados

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

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

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

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

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

Certificados Individuales

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

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

En todos los casos, el asegurado puede solicitar a la Compañía el certificado individual correspondiente. Para tal efecto, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Aseguradora, en dicho escrito deberá informar la forma en que desea sea enviado el Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Compañía enviará dentro de los 10 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.”

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 y/o certificado individual correspondiente. 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.

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 garantizar créditos concedidos por el Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del

mismo. Para el caso de que el seguro garantice créditos, el Contratante sólo puede ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente.

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

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 no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se paga a la sucesión del Asegurado.

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.

Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el Asegurado haga renuncia de él y, además, lo comunique al beneficiario y a la empresa Aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la Póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible.”

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.”

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, en este contrato de seguro, después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

Pago de Primas

Las primas básicas son el punto de partida del diseño del plan, en cuanto a la suma asegurada contratada y su periodicidad; son la base sobre la cual se calcula la tarifa por millar de suma asegurada para cada edad de contratación. Si el Contratante y/o Asegurado desea realizar aportaciones adicionales a estas primas, tales aportaciones se destinan a incrementar el fondo.

Los pagos de primas deben ser hechos en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente.

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 será prueba plena del pago de ésta.

Pago Automático de Primas

Si el Contratante deja de pagar la prima correspondiente a las coberturas contratadas o alguna de sus fracciones, la Compañía está facultada para descontar el importe de dicha prima o fracción del fondo acumulado. Este procedimiento se repite mientras exista dinero suficiente en el fondo acumulado a favor del Asegurado, el Contratante cancele la póliza, el asegurado cancele el certificado individual o termine la vigencia de este contrato, lo que ocurra primero.

En caso de que el fondo sea insuficiente para el pago completo que sea necesario realizar, la Póliza y/o Certificado Individual continua en vigor por los días que dicho saldo alcance a cubrir, sin que exceda la vigencia establecida en la Póliza y/o Certificado Individual.

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 Asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida a dicho periodo que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.

Obligaciones del Contratante

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

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deben 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.
- b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los 30 días siguientes a cada separación.
- c) 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 después del cambio y, las nuevas Sumas Aseguradas o extraprimas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d) En caso de modificación, enviará a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados. Si los tuviese, el Contratante devolverá a la Compañía los Certificados individuales que resulten afectados, para su cancelación. La Compañía remitirá al Contratante los Certificados sustitutos, con las nuevas Sumas Aseguradas.
- e) Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

Ingreso de Asegurados

Al celebrarse el presente Contrato o con posterioridad, pueden permanecer en él todos los integrantes del Grupo Asegurable que no sean menores de 12 años ni mayores de 80 años. En cualquier caso deben formar parte activa del Grupo Asegurado y entregar a la Compañía, por conducto del Contratante, el Consentimiento para ser Asegurado en los términos que estipula el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada. El consentimiento del tercero Asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa Aseguradora.”

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

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para

asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

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

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

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

“Las personas que se separen definitivamente del grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continúan Asegurados hasta el siguiente aniversario del Seguro en curso.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía:

- a) Los nombres de las personas que hayan causado baja en el Grupo Asegurado, por separación definitiva de la misma, fallecimiento, renuncia voluntaria o despido.
- b) Los nombres de las personas que hayan causado baja en el Grupo Asegurado por no haber cubierto la parte de prima a que se obligaron, en caso de tratarse de un Seguro por aceptación voluntaria.

En tales casos, el Contratante devolverá a la Compañía, si le fuera posible, los Certificados individuales respectivos para su cancelación.

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 que se indica a continuación.

“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....”

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 indica en la carátula de la Póliza, se establece que 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 Fianzas en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y del citado Reglamento.

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)

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá “rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo, 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.”

La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en el artículo 7 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Artículo 7 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

“Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de Asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la Póliza”

Rehabilitación

La Compañía puede rehabilitar este Contrato, si los efectos de éste hayan cesado por falta de pago de la prima, al satisfacerse los siguientes requisitos:

- a) El Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcione la Compañía.
- b) Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía.
- c) Se realice el pago de la prima que corresponda, conforme a lo estipulado en esta cláusula.

La rehabilitación puede efectuarse en alguna de las siguientes opciones:

- a) Conservando la fecha de Inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, mediante el pago de las primas vencidas e insolutas hasta la fecha de la rehabilitación, siempre y cuando la Póliza no haya estado sin vigor por un plazo mayor a tres meses.
- b) Cambiando la Fecha de Inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, a la que elija el Contratante, mediante el pago de la prima correspondiente a las edades alcanzadas por los integrantes del grupo en la nueva fecha de inicio, siempre que ésta sea posterior a la fecha de cancelación de la primer vigencia

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

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 y del respectivo Certificado Individual y/o 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, es el importe del Fondo Acumulado de ese Asegurado.

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, que a la letra dicen:

“Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Temporalidad del Plan

Es un Seguro Temporal a un año o por periodos menores, pudiendo ser renovada previo acuerdo de las partes.

Renovación del Contrato

“La Compañía podrá renovar los Contratos de Seguros de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del Contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.”

En caso de que la Compañía renueve este contrato, informará al Contratante con al menos diez días naturales de anticipación a la renovación, el monto de la prima que se aplicará a la nueva vigencia.

En el caso del fondo acumulado, éste será liquidado al Contratante de acuerdo a lo indicado en la cláusula “Liquidación del Fondo”

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

- a) Se realizará sin requisitos de asegurabilidad,
- b) Las edades límites estipuladas en la cláusula Edades de Aceptación no podrán ser modificadas en perjuicio de los Asegurados.

Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, son realizados en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para efectos de este seguro, será la edad de los integrantes del grupo, considerando los años cumplidos que tengan a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de sus renovaciones. La edad declarada por el Asegurado debe comprobarse legalmente cuando así lo considere conveniente la Compañía. Una vez efectuada la comprobación, la Compañía hace la anotación correspondiente y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad. Las edades de aceptación y cancelación para las coberturas estarán indicadas en la carátula de la Póliza, a falta de esta indicación expresa serán las siguientes:

Cobertura	Aceptación	Cancelación
Fallecimiento	12 – 80	81
Invalidez Total y Permanente	15 - 64	65

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, así como el fondo acumulado a esa fecha.

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.

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.

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.

Acuerdo de Arbitraje

En caso de que La Compañía rechace un siniestro como consecuencia de una enfermedad o padecimiento 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.

Comunicaciones

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

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

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día catorce de mayo de dos mil cuatro, el Asegurado y/o el Contratante deben proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de integrar, conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte del grupo de que se trate, a disposición de la Compañía y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

“Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables. La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes."

Carencia de Restricciones

El presente Contrato no está sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, viajes, ocupación o género de vida del Asegurado.

Disputabilidad

Este Contrato dentro de los dos primeros años de vigencia continua, es 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 cuenta 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 dos años se cuenta a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía. "Lo anterior únicamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados den su consentimiento después de treinta días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo Asegurado".

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. 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.

Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

"Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen."

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

"El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor."

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 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 10 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.

Terminación del Contrato

La Póliza termina sin obligación alguna para la Compañía al terminar la vigencia estipulada en la Póliza y el Contratante no solicite la renovación de la Póliza. Los certificados individuales terminarán sin obligación alguna para la Compañía, con el pago que proceda por fallecimiento del Asegurado y por la liquidación del Fondo, de conformidad con lo establecido en la Cobertura Básica.

No obstante lo anterior, el Contratante y/o Asegurado podrán dar por terminado anticipadamente este contrato, mediante notificación escrita dirigida a la Compañía, en cuyo caso ésta devolverá, a quien haya pagado la prima, 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, el Contratante y/o Asegurado, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, manifestará la forma en que desea le sea devuelta la parte proporcional de la prima que le corresponda, 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 dónde 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 el Contratante y/o Asegurado no indiquen la forma en que sean se les haga la devolución, la Compañía procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de ésta.

Comprobación Del Siniestro

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

FALLECIMIENTO

Formato de reclamación

Original del Certificado individual, si lo tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción, si lo tuviera

Acta de defunción del asegurado

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

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,

Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,

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

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Formato de reclamación

Original del Certificado individual, si lo tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera

Copia de identificación oficial del Asegurado

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
Expediente clínico completo junto con las pruebas de laboratorio y estudios que se le hayan practicado al Asegurado
Original del dictamen de invalidez
En caso de que el evento haya sido a consecuencia de un ACCIDENTE, además deberá presentar copia certificada completa de la carpeta de investigación correspondiente.

No obstante lo anterior, La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

III) COBERTURA BASICA

1. Cobertura de Fallecimiento y Operación de la Póliza

Descripción de la Cobertura de Fallecimiento

Si durante el plazo del seguro y estando vigentes la Póliza y el Certificado Individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía paga a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada en la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente y conforme a estas condiciones generales.

Suma Asegurada

En caso de fallecimiento del Asegurado dentro de la vigencia de la póliza y el certificado individual correspondiente, la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento y el monto existente en el fondo a la fecha de la muerte, en caso de haberse constituido este último a través de aportaciones adicionales, serán liquidados al(los) beneficiario(s) designado(s), una vez que se presente toda la documentación que acredite que dicho evento haya ocurrido de conformidad con lo establecido en este contrato de seguro.

Fondo Acumulado

Todas las aportaciones que el Contratante y/o Asegurado realicen por concepto de primas básicas y adicionales, se destinan al fondo, deduciendo las primas de las coberturas contratadas vigentes. Las aportaciones pueden provenir del Contratante, y se deberá identificar el fondo de cada Asegurado al que se acreditarán dichas aportaciones, en caso de ser una prestación laboral que no sea discriminatoria y que las aportaciones del Contratante, distintas al Costo del Seguro, no representen más del 50% del total de aportaciones que se reciban tanto de cada participante como del Contratante ya sean programadas, constantes o extraordinarias. El fondo acumulado es el saldo a la fecha, una vez que se realicen las deducciones correspondientes por concepto de cargos al fondo.

Todas las aportaciones que se reciban por parte del Contratante y/o Asegurado, la Compañía las invertirá a su criterio, en fondos de inversión de renta fija emitidos por instituciones de crédito o por el Gobierno Federal, o en cualquier otro tipo de valores autorizados para inversiones, que permitan obtener el mayor rendimiento posible dentro de la máxima seguridad y con la liquidez necesaria para cubrir las obligaciones de la Compañía, de acuerdo con las condiciones establecidas para tal efecto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en la Circular Única de Seguros y Fianzas.

Liquidación del Fondo

En caso de que el Asegurado sobreviva a la vigencia de este contrato, el fondo se liquidará:

1.- A la fecha en que el Asegurado se separe o sea dado de baja del Grupo Asegurado.- El Saldo del fondo se entregará al Asegurado, una vez que se hayan realizado las deducciones que correspondan y que presente la siguiente documentación:

- Formato de reclamación, proporcionado por la Compañía, en dónde el Asegurado indicará si solicita el pago a través de cheque o transferencia electrónica, en este último caso deberá indicar el número de CLABE bancaria para efectos de la transacción.
- Original del certificado, si lo tuviese
- Documento en dónde se demuestre su baja del Grupo Asegurado, si lo tuviese,
- Copia de identificación oficial del Asegurado
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

2.- Al término de la vigencia de la póliza .

3.- A la fecha de terminación anticipada de este contrato.

En los supuestos 2 y 3, la suma total de los fondos individualizados de los Integrantes del Grupo se depositará a la Institución Financiera que tendrá a su cargo la administración de dichos fondos, para tal efecto, será necesario que el Contratante solicite por escrito a la Compañía la transferencia de los fondos. En caso contrario, La Compañía seguirá administrando el monto total del Fondo hasta que este le sea reclamado.

4.- Cambio de Contratante.- En caso de que haya cambio de Contratante y la Compañía decida rescindir este Contrato de Seguro, pondrá a disposición del nuevo Contratante la suma la suma total de los fondos individualizados de los Integrantes del Grupo a efecto de que se le indique a que Institución Financiera debe realizar la trasferencia de dicha cantidad.

Por su parte, la Compañía tiene derecho a compensar contra este fondo, cualquier adeudo que tenga el Contratante y/o Asegurado en favor de la misma por causa de las condiciones y obligaciones del contrato.

Reservas Técnicas

Todos los pagos que se reciban por parte del Contratante y/o Asegurado, como son las primas de las coberturas contratadas y aportaciones adicionales, se aplicarán para constituir e incrementar la reserva. Así mismo, esta reserva se incrementará mediante los intereses que se obtengan de su inversión y se disminuye por las deducciones del costo del seguro y el cargo al fondo acumulado. La reserva es igual al fondo acumulado.

Costo del Seguro

Al momento de recibir la prima total, se deduce la prima de las coberturas contratadas vigentes y el remanente se enviará al fondo para su inversión.

Cargo al Fondo

La Compañía podrá cobrar los cargos que a continuación se detallan, y los cuales se harán constar en el Endoso que para tal efecto se emita, documento en el que se estipularán los porcentajes y cargos aplicables.

Cargo al fondo por costo del seguro

La Compañía cobrará o descontará al fondo el importe correspondiente al costo del seguro, la deducción se hará según la forma de pago estipulada en la solicitud, en caso de que el

fondo no tenga recursos suficientes, deberá darse aviso y en cuanto sea incrementado el fondo inmediatamente se deducirán los cargos o deducciones pendientes, este cargo no podrá ser cero en ningún caso salvo que la prima de riesgo ya haya sido liquidada con antelación.

Cargo sobre intereses obtenidos por el fondo

La Compañía podrá cobrar o descontar al fondo un porcentaje sobre los intereses que el fondo genere por concepto de intermediación de intereses y por administración del fondo, la aplicación de este cargo se hará en el momento de la acreditación de intereses.

Cargo sobre el saldo del fondo

La Compañía podrá cobrar o descontar al fondo un porcentaje sobre el saldo del fondo por concepto de administración del fondo, el cargo se hará por anticipado el primer día de cada mes.

Cargo por aportaciones

La Compañía podrá cobrar o cargar al fondo un porcentaje sobre los movimientos que se generen por concepto de aportaciones. Dicho cargo será efectuado decrementando las aportaciones al fondo.

Cargo por retiros / cancelación

La Compañía podrá cobrar o cargar al fondo un porcentaje sobre los movimientos que generen por concepto de retiros y cancelaciones antes de que termine la vigencia del seguro. Dicho cargo será efectuado incrementando los retiros del fondo. Este cargo podrá efectuarse por concepto de gastos asociados a los retiros de forma individual tales como cargos bancarios por transferencias electrónicas entre otros.

Cargo en monto fijo sobre el saldo del fondo

La Compañía podrá cobrar o cargar al fondo un monto fijo mensual por concepto de administración del fondo, se aplicará al fondo al final de cada mes, es importante destacar que el cargo por este concepto nunca podrá ser superior al saldo del fondo lo cual determina que el fondo jamás podrá ser negativo por este concepto por lo que importe de cargos fijos sobre fondo siempre será el mínimo del cargo y el saldo del fondo a cada fecha de cargo.

Valor en Efectivo

En cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual respectivo, el valor en efectivo es igual al monto existente en el fondo acumulado.

Valor de Rescate

El presente seguro no otorga valores de rescate.

Retiros

En cualquier momento, dentro de la vigencia de la Póliza y de su Certificado Individual, el Asegurado puede hacer retiros parciales del fondo acumulado. El monto del retiro parcial se deducirá del fondo constituido. El Asegurado podrá hacer varios retiros al año, de acuerdo con las políticas vigentes establecidas por la Compañía para tal efecto, que sean dadas a conocer a través de los estados de cuenta enviados al Asegurado, directamente en las oficinas de la Compañía, en su página Web o establecidas directamente en la Póliza.

Formas Opcionales de Liquidación

La Compañía liquidará al Asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier cantidad que resulte pagadera de acuerdo con los términos establecidos en la póliza y/o certificado individual correspondiente, mediante alguna de las siguientes opciones:

Pago Único. La Compañía paga la suma asegurada o el fondo acumulado en una sola exhibición.

Otra. Todo monto pagadero bajo este contrato puede ser cubierto mediante cualquier forma de liquidación que las partes acuerden al momento de hacerse exigible el pago.

Cualquiera que sea la opción de liquidación que elija el Asegurado y/o Contratante al momento de la contratación, podrá ser modificada mediante notificación por escrito a la Compañía, siempre y cuando ésta no haya realizado pago alguno.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Participación de las Utilidades

Este contrato no tiene participación de utilidades.

Estado de Cuenta

La Compañía proporcionará a cada Asegurado un estado de cuenta trimestral, ya sea a través de medios electrónicos o en papel impreso, el cual contiene el nombre de la Compañía de seguros, nombre del Asegurado, número de Póliza, identificación del producto, periodo que se informa, datos generales de la Póliza y/o Certificado Individual, rendimiento de la inversión, resumen general y detalle de movimientos. Si el estado de cuenta se envía en medios magnéticos, se entrega un estado de cuenta impreso al menos semestralmente.

El Asegurado dispone de 45 días naturales, contados a partir de que reciba el estado de cuenta, en el último domicilio registrado por la Compañía, para solicitar cualquier aclaración y/o rectificación.

IV) COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicada en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

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

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

El pago de la suma asegurada se realizará al presentar las pruebas irrefutables de dicha condición y después de que haya transcurrido el periodo de espera contratado, misma que podrá ser de 0, 3 o 6 meses, contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. Con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el Asegurado.

Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de estas coberturas, se considera invalidez total y permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que

lo imposibiliten a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

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.

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

En caso de que 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, no se considerará como definitivo el dictamen emitido a que se hace referencia en el párrafo anterior, por lo que la Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de 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.

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez puedan ser susceptibles de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, **sólo podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.**

Cancelación Automática para la cobertura de Invalidez Total y Permanente

Esta Cobertura se cancelará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en el aniversario de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea la estipulada en la cláusula Edades de Aceptación.

Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente:

La Compañía no estará obligada cuando el evento sea a consecuencia de:

- a) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental**

- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
- d) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de Compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.
- f) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.
- h) 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
- i) Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente cubierto.
- j) Radiaciones ionizantes.
- k) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.
- l) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.
- m) Enfermedades preexistentes, siempre y cuando la enfermedad preexistente tenga un pronóstico médico que claramente indique que dicha enfermedad llegará a generar un estado de invalidez futuro.
- n) Invalidez originada o diagnosticada con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente.

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
FINANCEROS**

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

CODIGO PENAL FEDERAL

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

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

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

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

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

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

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

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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 06/02/2019, con el número CNSF-S0120-0623-2018/CONDUSEF-002849-05.



**THONA
SEGUROS®**

| LOS ÚNICOS AL ALCANCE DE TODOS |

 /THONAseguros

 @THONA_seguros