



GmPROTEC
Salud Efectiva

CNSF-S0120-0029-2022
Condiciones Generales

Contenido

I. Definiciones.....	6
1. Accidente	6
2. Asegurado.....	6
a. Asegurado titular	6
b. Asegurado familiar	6
3. Aseguradora	6
4. Certificado Individual.....	6
5. Cirujano.....	6
6. Cirugía.....	6
7. Colectividad Asegurable	6
8. Culpa Grave	6
9. Contratante	6
10. Detalle de Coberturas.....	6
11. Diagnóstico	7
12. Emergencia Médica.....	7
13. Endoso.....	7
14. Enfermedad o padecimiento	7
15. Evento	7
16. Expediente clínico	7
17. Médico	7
18. Médico Especialista.....	7
19. Periodo al Descubierto	7
20. Periodo de Espera	7
21. Periodo de Gracia.....	8
22. Preexistencia	8
23. Prima	8
24. Siniestro	8
25. Suma Asegurada	8
II. Cláusulas Generales	8
1. Contrato.....	8
2. Temporalidad.....	9
3. Comunicaciones.....	9

4.	Modificaciones	9
5.	Moneda.....	9
6.	Primas	9
7.	Obligaciones del Contratante.....	10
8.	Número mínimo de Asegurados en la Colectividad	10
9.	Asegurados y Movimientos	10
10.	Terminación del Contrato.....	12
11.	Rehabilitación	12
12.	Renovación.....	13
13.	Edad	13
14.	Participación de Utilidades	14
15.	Omisiones e Inexactas Declaraciones.....	14
16.	Interés Moratorio	14
17.	Competencia	14
18.	Identificación del Cliente	15
19.	Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral	15
20.	Prescripción.....	15
21.	Uso de Medios Electrónicos.....	15
22.	Notificación de Reclamaciones.....	16
23.	Pago de reclamaciones	16
24.	Entrega de Documentación Contractual	17
25.	Sistema de Administración	17
26.	Cambio por Riesgos	18
27.	Subrogación	18
28.	Agravación del riesgo.....	19
29.	Límite de Responsabilidad de la Aseguradora.....	20
30.	Comprobación del siniestro.....	20
III.	Coberturas	21
	Alzheimer.....	21
	Apendicectomía.....	22
	Artritis Reumatoide	22
	Asma	22

Cáncer	23
Diagnóstico de Cálculos en la Vesícula Biliar, Colesistitis o pólipos biliares con tratamiento de Colectomía	23
Desprendimiento de retina	24
Enfermedad hepática- hepatitis	24
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	24
Esclerosis Múltiple	25
Fracturas de Huesos	25
Gastritis, úlceras gástricas, úlceras duodenales (endoscopia)	25
Glaucoma.....	26
Infarto Cardíaco Agudo.....	26
Cirugía de Corazón.....	26
Infarto o Derrame Cerebral	27
Infección ginecológica por Virus de Papiloma Humano (colposcopia, crioterapia).....	27
Insuficiencia Renal Crónica.....	27
Litiasis (Litotripsia).....	28
Lupus Eritematoso Sistémico	28
Meningitis / Encefalitis	28
Miomatosis	29
Neumonía	29
Paludismo / SICA/ Chikungunya/ Chagas / Dengue	29
Pancreatitis	30
Parkinson	30
Peritonitis	31
Politraumatismo	31
Púrpura trombocitopénica idiopática	31
Ruptura de Aneurisma aorta abdominal.....	32
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....	32
Síndrome inflamatorio Multisistémico pediátrico	32
Síndrome de Ehlers- Danlos	32
Síndrome de Guillain Barré.....	33
Trasplante de Órganos.	33
Tuberculosis Respiratoria	33

Tumores benignos (biopsias).....	34
IV. Exclusiones.....	34
ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO (APLICABLE PARA TODAS LA COBERTURAS QUE EXCLUYEN ENFERMEDADES PREEXISTENTES)	34
LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO	35

I. Definiciones

1. Accidente

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

2. Asegurado

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, que goza de los beneficios por los riesgos amparados que se indican en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual correspondiente. Se considerarán Asegurados para efectos de este contrato:

a. Asegurado titular

Es la persona que tiene relación directa con el Contratante y pertenece a la colectividad asegurada.

b. Asegurado familiar

Es el cónyuge y/o hijos de hasta 25 años del Asegurado Titular, siempre y cuando se encuentren nombrados en el certificado individual correspondiente.

3. Aseguradora

THONA Seguros S.A. de C.V.

4. Certificado Individual

Documento que la Aseguradora expide por cada Asegurado Titular, en donde consta, entre otros datos, las coberturas y sumas aseguradas amparadas.

5. Cirujano

Profesionista que tiene el conocimiento médico en cirugía general, debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente, y legalmente autorizado para realizar cirugías en la República Mexicana.

6. Cirugía

Intervención quirúrgica realizada al asegurado con fines terapéuticos a través de una incisión y/o laparoscopia, o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización de al menos 48 horas.

7. Colectividad Asegurable

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 y deberán estar inscritas en el registro de Asegurados.

8. Culpa Grave

Cuando estando en posibilidades de realizar los actos mínimos y elementales a efecto de evitar cualquier daño, se actúa con omisión o no se emplea el debido cuidado.

9. Contratante

Persona con la que se celebra el Contrato de Seguro que ampara a la Colectividad Asegurable y es responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del Seguro de toda la Colectividad.

10. Detalle de Coberturas

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

11. Diagnóstico

Conclusión del estado de salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos con el apoyo de estudios de laboratorio y gabinete, y el expediente clínico

12. Emergencia Médica

Significa un acontecimiento que se presenta de forma súbita e inesperada que pone en peligro la vida o la integridad física del Asegurado, requiriendo recibir atención médica inmediata y sin demora alguna, a efecto de preservar la salud del Asegurado y/o evitar o contener un daño y/o preservar la vida del Asegurado.

13. Endoso

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

14. Enfermedad o padecimiento

Alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un profesionista de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente, legalmente autorizado para ejercer la profesión o especialidad de que se trate.

15. Evento

Diagnóstico de una enfermedad o acto quirúrgico realizado al asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos.

16. Expediente clínico

Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

17. Médico

Es la persona con estudios profesionales en medicina, titulada y con cédula profesional legalmente autorizada en la República Mexicana.

18. Médico Especialista

Profesionista que tiene el conocimiento médico y que está legalmente autorizado y debidamente certificado por el Consejo Mexicano de su especialidad o su equivalente, para ejercer la medicina de su especialidad en la República Mexicana.

19. Periodo al Descubierto

Cuando el Asegurado no se encuentra amparado bajo este contrato de seguro. Ya sea porque concluyó la vigencia de la póliza y el Asegurado y/o Contratante solicitaron que no se renovara la misma, por falta de pago de la prima dentro del Periodo de Gracia otorgado por este contrato o por la cancelación de la póliza a solicitud del Contratante y/o Asegurado.

20. Periodo de Espera

Es el tiempo que debe de transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual, o de su última rehabilitación, para efectos de que la Aseguradora cubra los eventos amparados en la póliza y/o certificado individual.

En caso de Emergencias Médicas y/o Accidentes, no aplica periodo de espera alguno.

21. Periodo de Gracia

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

22. Preexistencia

Para efectos de este Contrato, la Aseguradora solamente podrá efectuar el rechazo de una reclamación, fundándose en que ésta es preexistente, cuando cuente con las siguientes pruebas:

- a) Que previo al inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico en el cual se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado, previo al inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual, haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del 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 reclamación, o
- c) El Asegurado, previo al inicio de la vigencia de la póliza y/o certificado individual, haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento de que se trate.

La Aseguradora 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.

23. Prima

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

24. Siniestro

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

25. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora, convenido para cada Cobertura y que se encuentra descrita en la carátula de la póliza, certificado individual y/o endoso correspondiente.

En cada cobertura, la Suma Asegurada **NO SERÁ REINSTALABLE.**

II. Cláusulas Generales

1. Contrato

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

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.

2. Temporalidad

Este contrato tiene vigencia durante el periodo de seguro que se indica en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

3. Comunicaciones

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

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

4. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora y se hace constar mediante Endosos registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otro empleado de la Aseguradora no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones, modificaciones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Aseguradora.

5. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, sean por parte del Contratante, Asegurado o la Aseguradora, se realizan en moneda nacional.

6. Primas

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato, no obstante el Contratante puede optar por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deben ser por periodos de igual duración y vencen al inicio de cada periodo 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.

El pago de la Prima podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

- a) Depósito o transferencia bancaria, en la cuenta que por escrito la Aseguradora le proporcione al Contratante.

Hasta en tanto la Aseguradora no entregue el recibo de pago de las Primas, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el pago de las mismas, será prueba plena del pago de las Primas.

- b) Pago directo, en el domicilio de la Aseguradora, contra recibo que ésta última expida.

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

En caso de ocurrir algún siniestro, dentro del término señalado en el párrafo anterior, la Aseguradora deducirá de la indemnización a que se tenga derecho, la parte faltante de la prima total anual vencida de la Colectividad Asegurada a dicho periodo que no hubiere sido pagada.

A cada Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobra la prima por devengar que corresponda a un plazo igual al tiempo por transcurrir hasta el vencimiento del Contrato.

Cuando los Asegurados se separen de la Colectividad Asegurada, se devuelve la prima no devengada, descontando de ella los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, previa solicitud escrita del Contratante, calculada esta prima desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la prima de acuerdo con su periodicidad de pago. Dicha devolución se realizará dentro de los 10 días naturales posteriores a la fecha en que la Aseguradora reciba la notificación de la separación, en este caso el miembro de la colectividad o el contratante, en el mismo escrito que dirija a la Aseguradora, proporcionarán 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.

7. Obligaciones del Contratante

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

- a. Comunicar a la Aseguradora los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo información que debe contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla como datos mínimos de información.
- b. Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales 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 naturales después del cambio y, las modificaciones solicitadas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. Tener a disposición de la Aseguradora, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

8. Número mínimo de Asegurados en la Colectividad

La colectividad asegurable deberá estar constituida, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75 % no sea inferior a 2 personas.

9. Asegurados y Movimientos

- a. **Registro de Asegurados.** La Aseguradora formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:
 - Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad;
 - Suma asegurada o regla para determinarla;
 - 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 trate;
 - Número de Certificado individual, y
 - Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia de este registro.

- b. **Certificados Individuales**

La Aseguradora deberá expedir y entregar un certificado para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada. La Aseguradora, 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 Aseguradora 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 se le envíe el Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Aseguradora enviará dentro de los 30 días siguientes dicho documento al Asegurado.

- c. **Reporte de Movimientos.** El Contratante debe reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados y, aumento o disminución de coberturas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran. Los movimientos quedan inscritos en el registro de Asegurados y la Aseguradora expide los certificados correspondientes.
- d. **Altas.** En caso de altas de Asegurados realizadas dentro del término de 30 días, la protección inicia con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que la persona sea elegible para formar parte de la Colectividad Asegurada, siempre que la persona se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos. En caso contrario, el inicio de la protección queda condicionado a la aceptación por parte de la Aseguradora, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

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 a la colectividad asegurada 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 de la colectividad.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad Asegurada 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 de la misma, la Aseguradora, 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 Aseguradora los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagar la prima que corresponda.

- e. **Bajas.** La baja de un Asegurado es efectiva al momento de su separación de la Colectividad Asegurada. Las personas dadas de baja dejan de disfrutar de los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja de la Colectividad Asegurada.

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 de la colectividad asegurada, 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 Aseguradora, 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 correspondiente.

La devolución a que se refiere el párrafo anterior se realizará dentro de los 30 días siguientes a la solicitud de baja y a través del medio que manifieste el Contratante y/o Asegurado.

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, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva de la misma, señalando sus características.

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 Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la 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."

La Aseguradora 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, dicho reembolso se realizará dentro de los 30 días siguientes a la rescisión a través del medio que indique el Contratante y/o Asegurado.

- f. Primas.** En caso de alta o de baja de Asegurados, de aumento o disminución de beneficios, la Aseguradora cobra o devuelve al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo de seguro. En caso de baja de Asegurados, la Aseguradora restituirá a quien haya pagado la prima, la prima neta no devengada calculada en días exactos, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Primas.
- g. Pagos Improcedentes.** Cualquier pago que la Aseguradora haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Aseguradora.

10. Terminación del Contrato

La terminación de este contrato celebrado entre la Aseguradora y el Contratante, puede darse por las siguientes causas:

- a.** Al cumplirse el plazo que se indica en la Carátula de la Póliza
- b.** A falta de pago de primas, en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c.** El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no puede ser anterior a la fecha en que la Aseguradora reciba el documento. En este caso, la Aseguradora 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.

11. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del pago en cuestión, siempre que cumpla con lo siguiente:

- a.** El Contratante lo solicite por escrito a la Aseguradora.
- b.** Los Asegurados cumplan con los requisitos de asegurabilidad que la Aseguradora requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- c.** Pagar el importe del ajuste correspondiente al periodo descubierto, que comprende desde

la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.

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

12. Renovación

La Aseguradora renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. **En cada renovación se aplicarán las primas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Para tal efecto, la Aseguradora informará al Contratante las primas que aplicarán en cada renovación.**

La solicitud deberá ser presentada a la Aseguradora con al menos 30 días de anticipación a la fecha de terminación de la vigencia de la póliza activa.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos para esta póliza.

13. Edad

Para efectos de este seguro, se considera como edad de los miembros de la colectividad, los años cumplidos que tenga a la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual o de cualquiera de sus renovaciones.

La edad declarada por el Asegurado podrá comprobarse fehacientemente, una sola vez, cuando así lo considere conveniente la Aseguradora.

Una vez efectuada la comprobación, la Aseguradora hará la anotación en el certificado individual correspondiente o extenderá un comprobante y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 a la ocurrencia de un siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud o en el registro de asegurados, y ésta se encuentra dentro de los límites

de admisión autorizados, la Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Renovación	Cancelación
Asegurado Titular	18 años	70 años	99 años	100 años
Cónyuge	18 años	70 años	99 años	100 años
Hijos	recién nacidos	25 años	25 años	25 años

La cancelación del certificado individual correspondiente se realizará en el aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en el que el Asegurado cumpla la Edad de Cancelación señalada en el cuadro anterior.

Si se descubre que el Asegurado se encontraba fuera de los límites de aceptación por edad al momento de su ingreso a la Colectividad Asegurada, quedará sin efecto el certificado individual expedido para ese Asegurado y la Aseguradora deberá devolver al Contratante el importe de la prima correspondiente a dicho Asegurado.

14. Participación de Utilidades

El presente contrato no genera participación de utilidades.

15. Omisiones e Inexactas Declaraciones

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión e inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 47 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Lo previsto en esta cláusula, 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 de la colectividad asegurada.

16. Interés Moratorio

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

17. Competencia

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

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

18. Identificación del Cliente

Conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora 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 conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte de la colectividad de que se trate, a disposición de la Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

19. Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Aseguradora 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.

20. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años. 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; y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, de acuerdo al Artículo 50 Bis de la misma Ley.

21. Uso de Medios Electrónicos

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

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

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

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

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

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

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

Terminación del Contrato de Seguro a través de Medios Electrónicos:

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

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

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

22. Notificación de Reclamaciones

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

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

23. Pago de reclamaciones

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

En el caso que el asegurado fallezca o quede imposibilitado, la indemnización procedente se pagará a los Beneficiarios.

Se determina como beneficiarios en primer lugar a su cónyuge, concubina o concubinario; en ausencia de éstos, serán sus hijos por partes iguales; y en ausencia de ellos, los padres del asegurado por partes iguales.

En caso de que el asegurado desee que otras personas sean los beneficiarios, en cualquier momento el asegurado podrá designar o cambiar sus beneficiarios, siempre y cuando la póliza y/o certificado individual se encuentre en vigor. Para que tales designaciones surtan efecto deberán notificarse por escrito a la Aseguradora.

24. Entrega de Documentación Contractual

La Aseguradora se obliga a entregar al Contratante la Carátula de la Póliza y condiciones generales, certificados individuales, 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, 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 Aseguradora.

Los medios de entrega serán:

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

En caso de que el Contratante no reciba la documentación contractual en el plazo señalado o requiera un duplicado o cualquier modificación a la misma deberá solicitarlo a la Aseguradora.

Cuando así se haya convenido, el Contratante está obligado a entregar a cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada los certificados individuales correspondientes, así como cualquier otro documento que contenga los derechos y obligaciones derivados de este contrato, no obstante lo anterior, cualquier miembro de la Colectividad Asegurada podrá requerir a la Aseguradora un duplicado de dichos documentos, de acuerdo a lo establecido en el párrafo anterior.

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.

25. Sistema de Administración

La Aseguradora y el Contratante convendrán el sistema de administración mediante el cual operará este contrato de seguro, el cual se hará constar en la carátula de la póliza, pudiendo ser:

AUTOADMINISTRADO

Durante el transcurso de la vigencia de la póliza no será necesario reportar movimientos de altas y bajas de Asegurados. Únicamente se deberán reportar los Asegurados cuya Suma Asegurada rebase la Suma Asegurada Máxima Individual establecida en la carátula de la póliza. Asimismo, cuando la Suma Asegurada esté determinada con base al salario del Asegurado, se deberán reportar únicamente los incrementos en los salarios de los Asegurados que generen que su Suma Asegurada rebase la Suma Asegurada Máxima Individual establecida en la carátula de la póliza. , el CONTRATANTE deberá enviar un listado actualizado de Asegurados y Sumas Aseguradas, a más tardar 30 (treinta) días naturales posteriores al término de la vigencia, para que con base a éste se efectúe el ajuste de Primas. Para calcular dicho ajuste se considerará que los movimientos de Asegurados y sumas aseguradas se dieron uniformemente durante la vigencia por lo que la Prima del ajuste por movimientos se calculará de la siguiente manera:

1. Se determina una cuota promedio al millar de Suma Asegurada. Ésta resultará de dividir la Prima neta total de la póliza al momento de la emisión multiplicada por mil entre la Suma Asegurada total de la Colectividad al momento de la emisión.
2. Se debe incluir los incrementos de Sumas Aseguradas de las reclamaciones solicitadas, así como los asegurados que se incorporaron a la póliza de forma posterior al inicio de vigencia de la póliza (vigencia del esquema de administración) y que no aparecen en el listado final.
3. Se obtiene la diferencia entre la Suma Asegurada total de la Colectividad al término de vigencia menos la Suma Asegurada total de la Colectividad al inicio de vigencia de la póliza.

4. Se multiplica la cuota promedio al millar por la diferencia resultante del punto 3 entre mil.
5. El resultado del punto 4 se divide entre dos. Este último resultado será el importe de la Prima neta correspondiente al ajuste anual por movimientos.

Queda estipulado por las partes que, si las altas o bajas de Asegurados durante la vigencia de la póliza rebasan un 20% de la población inicial, o un 20% de la suma asegurada se realizará el ajuste de Primas correspondientes al momento en que se rebase este porcentaje, generando el recibo de Prima que corresponda. Aquel Asegurado que no esté incluido al inicio de la vigencia, pero durante la misma sea dado de alta y posteriormente fallezca en el transcurso del período de cobertura, deberá cobrarse la Prima previo a el pago de la indemnización.

Se podrán pactar un porcentaje diferente al 20% que podrá ir desde el 10% hasta el 30%, esto bajo la autorización particular.

REGULAR

Este sistema se basa en el reporte, por parte del contratante, de todos los movimientos en el momento en que se presentan:

- Las altas deben ser reportadas dentro de los 30 días naturales siguientes a que la persona se hizo elegible al plan. En caso de que se reporten fuera del plazo establecido, Thona Seguros, tiene la facultad de establecer los requisitos que considere convenientes para analizar su inclusión.
- Las bajas deben ser reportadas en papel membretado del contratante y firmado por el representante legal del mismo dentro de los 5 días naturales posteriores a que la baja fue efectiva.
- Ambos movimientos (Altas y bajas) deberán ser enviados en archivo electrónico

Todos los movimientos son facturados al momento de su reporte y cobrados de acuerdo a la forma de pago de la póliza.

A DECLARACIÓN

Para poder aplicar este sistema de administración, el Contratante deberá proporcionar el listado de asegurados completo con la información necesaria para el cálculo de la Suma Asegurada para la emisión inicial y al término de cada mes proporcionar el listado de asegurados actualizado. Sobre este listado se calculará la prima correspondiente y se generará el cobro.

Para el cambio de esquema de administración el contratante tiene 30 días a partir de que recibe la póliza, posterior a este periodo el cambio estará sujeta a evaluación de la compañía.

26. Cambio por Riesgos

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud correspondiente, referente a la residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los miembros de la Colectividad Asegurada.

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

27. Subrogación

La Aseguradora subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con la Aseguradora para conseguir la recuperación del daño. **La falta de cumplimiento de las obligaciones señaladas en esta cláusula, así como si por hechos u omisiones del (los) Asegurado(s) se impide la subrogación, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.**

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

28. Agravación del riesgo

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

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante

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

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

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

29. Límite de Responsabilidad de la Aseguradora

La Aseguradora tendrá la obligación de realizar el pago del siniestro, teniendo como límite de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza y/o certificado individual, para cada enfermedad o padecimiento cubierto.

30. Comprobación del siniestro

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

- Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.
- Certificado Individual, si lo tuviese.
- Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
- Copia de identificación oficial del Asegurado.
- Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a tres meses.
- Expediente clínico, informe médico, estudios de laboratorio y gabinete.
- Copia de interpretación de estudios realizados
- Certificado médico extendido por médico tratante o por Institución de Salud facultada, con fecha, firma, cédula profesional y sello. Donde se indique diagnóstico y fecha de inicio del padecimiento donde se muestre la evidencia del diagnóstico. Así como presentar las pruebas que confirmen el diagnóstico.
- Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente, en caso de accidente.
- Encabezado de estado de cuenta bancario del Asegurado, para efectos de realizar el pago.

Sólo en los casos en que de los documentos arriba señalados no sea posible determinar las circunstancias y consecuencias del siniestro, la Aseguradora 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.

En caso de que la Aseguradora requiera de elementos adicionales a los entregados por el Asegurado para el análisis de la procedencia de esta cobertura; la Aseguradora podrá realizar una

investigación médica relacionada con los hechos informados y documentos presentados por el Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación de la procedencia del siniestro. Para lo anterior, el Asegurado deberá autorizar por escrito al Médico tratante, así como a las entidades de prestación de servicios de salud que participaron en su atención para que provean la información solicitada por la Aseguradora. Los gastos derivados de dicha investigación médica correrán a cargo y por cuenta de la Aseguradora.

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

Al elegir el Asegurado voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, se asume que la relación que establece el Asegurado con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el Asegurado, por lo que la Aseguradora no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo, ya que su obligación es indemnizar al Asegurado la suma asegurada contratada, cuando le es diagnosticado por primera vez alguna enfermedad o padecimiento amparado por la Póliza y/o certificado individual.

III. Coberturas

La Aseguradora pagará al Asegurado la suma asegurada contratada y estipulada en la carátula de la póliza y/o certificado individual, o endoso correspondiente, en caso de que al Asegurado se le diagnostique cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen (previa certificación médica) por primera vez durante la vigencia de la póliza y certificado individual y una vez transcurrido el periodo de espera estipulado en cada padecimiento cubierto y de acuerdo con las definiciones que más adelante señalan.

Certificación Médica:

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

Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico especialista en la materia designado por la Aseguradora.

Cualquier enfermedad o padecimiento no descrito en este contrato, no tendrá cobertura alguna.

Padecimientos que pueden ser cubiertos y que de estar amparados se señalará así en la carátula de la póliza y/o certificado individual:

Alzheimer

Es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro del conocimiento y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por la muerte de las células nerviosas (neuronas) y cuando se atrofian diferentes zonas del cerebro. Es la forma más común de demencia, generalmente entre las personas mayores. Afecta gravemente la capacidad de una persona de llevar a cabo sus actividades diarias.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Internista, Neurólogo o Psiquiatra) e ir acompañado del informe médico, presentar los criterios del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Apoplejía comunicativas y la Asociación de Enfermedades y Trastornos Relacionados de Alzheimer (NINCDS-ADRDA), y de alguno de los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética nuclear (RMN)
- Tomografía por emisión de positrones (TEP)
- Tomografía computarizada por emisión de fotón único

Apendicectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice, derivado de una obstrucción en el interior de ésta que hace que se inflame e infecte, generalmente va acompañada de dolor abdominal agudo, náuseas y fiebre.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 3 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Cirujano General, Gastroenterólogo o Internista) e ir acompañado del informe médico y estudios realizados que sustenten el diagnóstico, así como del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica en donde se demuestre la inflamación aguda del apéndice.

Se realiza una cirugía exploratoria o pruebas de diagnóstico por la imagen, como una tomografía computarizada o una ecografía.

Artritis Reumatoide

Es una enfermedad crónica y de carácter autoinmune que produce inflamación de las articulaciones y sus tejidos circundantes que causa dolor, rigidez, hinchazón y movimiento limitado de las articulaciones.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Reumatólogo o Internista) y debe ir acompañado del informe médico, presentando el Índice de la Enfermedad de Artritis Reumatoide (DAS28) del Asegurado con un valor mayor o igual a 6.32 y acompañado, por lo menos, de tres estudios entre gabinete radiológico y/o estudios de laboratorio que sean positivos:

- Factor reumatoide
- Examen de anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anticuerpos anti-PCC)
- Proteína C reactiva
- Velocidad de segmentación globular
- Radiografías de las articulaciones
- Ecografía e imágenes por resonancia magnética (IRM) de las articulaciones

Asma

Es una enfermedad crónica que afecta las vías respiratorias, los conductos que llevan el aire hacia los pulmones, las vías respiratorias inflaman y se estrechan. Esto hace que se presente dificultad para respirar como sibilancias, falta de aliento, opresión en el pecho y tos.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Internista, Neumólogo, Alergólogo u Otorrinolaringólogo) e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Pruebas de función pulmonar
- Pruebas de alergia
- Exámenes de sangre
- Radiografía del torax y senos paranasales

Exclusiones particulares del asma:

- a) Bronquitis asmática**
- b) Bronquitis crónica**
- c) Enfisema pulmonar**
- d) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)**

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.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 3 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Oncólogo) e ir acompañado del informe médico y del estudio histopatológico.

Exclusiones particulares para Cáncer:

- a) El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como, cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado a la radioterapia.**
- b) Cáncer "in situ" y cáncer de piel.**
- c) Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.**
- d) Cualquier condición médica preexistente de cáncer, conforme a las definiciones de estas condiciones.**

Diagnóstico de Cálculos en la Vesícula Biliar, Colesistitis o pólipos biliares con tratamiento de Colectomía

Colectomía es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar, como consecuencia de cálculos biliares y las complicaciones que estos causan, como son los cálculos biliares, la inflamación de la vesícula (colecistitis) o pólipos grandes en la vesícula.

La Compañía pagará la suma asegurada amprada para esta cobertura cuando haya un diagnóstico de dichos padecimientos y consecuentemente una cirugía, durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 3 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Gastroenterólogo o Internista) e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

Ultrasonido Abdominal

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética nuclear (RMN)

Desprendimiento de retina

Es una separación de la retina de la pared posterior del ojo a la que normalmente está pegada (coroides) por la penetración entre ambos de líquido sub-retiniano, lo que puede llegar a causar una pérdida grave de la agudeza visual.

No se aplica periodo de espera alguno.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Oftalmólogo), e ir acompañado del informe médico, reporte del examen de retina y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Oftalmoscopia
- Ecografía

Enfermedad hepática- hepatitis

Son aquellas que afectan de alguna forma al hígado, impidiendo que este trabaje o funcione bien. Se incluyen la hepatitis, la cirrosis (**excluyendo la cirrosis alcohólica**), el carcinoma hepatocelular, la ictericia, el hígado graso y la hemocromatosis.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Gastroenterólogo o Internista), e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Biopsia de hígado
- Ultrasonido
- Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada
- Sonograma
- Perfil Hepático.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Es una enfermedad pulmonar progresiva y potencialmente mortal que se caracteriza por la reducción gradual del flujo de aire hacia los pulmones. En la EPOC el flujo aéreo está limitado por una obstrucción intrínseca de la vía aérea y por la pérdida de la fuerza de retracción pulmonar. La disminución del flujo gaseoso pulmonar obedece a diferentes mecanismos patogénicos. Los principales son: inflamación y fibrosis de las pequeñas vías aéreas, la destrucción de la matriz proteica pulmonar, la hipertrofia e hipersecreción glandular y la constricción del músculo liso bronquial.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 2 años.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Neumólogo), e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Rayos X
- Pruebas de Función Pulmonar (Espirometría Pletismografía)

Esclerosis Múltiple

Es una enfermedad progresiva desmielinizante, neurodegenerativa crónica del sistema nervioso central, que afecta el sistema motor y sensitivo del organismo. Se presenta en forma recurrente, cada ocasión recibe el nombre de episodio o brote; cada nuevo episodio o brote provoca una mayor lesión en el sistema nervioso central.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Neurólogo), e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Estudios de conductividad nerviosa de los nervios ópticos, sensoriales y motores
- Electromiografía
- Imágenes de resonancia nuclear magnética (RNM)
- Líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Banda oligoclonal de inmunoglobulina G (IgG) en líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Índice antígeno inmunoglobulina G (IgG) elevado
- Potenciales evocados

Tiene que haber por lo menos dos lesiones distintas verificables por resonancia magnética, además de evidencias de nuevos síntomas o lesiones, en un intervalo no menor de 30 días naturales entre episodios.

Fracturas de Huesos

Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

No aplica periodo de espera alguno.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Traumatólogo o Internista), e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Rayos X
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética nuclear (RMN)

Gastritis, úlceras gástricas, úlceras duodenales (endoscopia)

Gastritis.- cuando el revestimiento del estómago resulta hinchado o inflamado.

Úlceras gástricas o duodenales.- También llamadas úlceras pépticas y es una erosión o herida en la mucosa del estómago (úlcera gástrica) o en la parte superior del intestino delgado, llamada duodeno (úlcera duodenal).

Para estos padecimientos se aplicará un periodo de espera de 6 meses

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Gastroenterólogo), e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Endoscopia
- Colonoscopia
- Reporte Histopatología

Glaucoma

El glaucoma es un grupo de afecciones oculares que dañan el nervio óptico, cuya salud es vital para una buena visión. Este daño a menudo es causado por una presión anormalmente alta en el ojo.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Oftalmólogo), e ir acompañado del informe médico y los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Nota Médica del Oftalmólogo
- Tonometría
- Paquimetría
- Gonioscopia

Infarto Cardíaco Agudo

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardíaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardíaco.

No se aplica periodo de espera alguno.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Cardiólogo), e ir acompañado del informe médico y los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Electrocardiograma
- Enzimas Cardíacas
- Historia de dolor torácico típico

Cirugía de Corazón

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

Para este procedimiento se aplicará un periodo de espera de 3 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Cardiólogo), e ir acompañado del informe médico y los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Electrocardiograma
- Enzimas Cardíacas
- Historia de dolor torácico típico

Infarto o Derrame Cerebral

Significa la obstrucción y/o ruptura vascular aguda de la circulación sanguínea causada por la hemorragia subaracnoidea, la hemorragia intracerebral, el infarto cerebral que genera daños neurológicos permanente (alteración del habla, pérdida de la actividad o parálisis).

No se aplica periodo de espera alguno.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Neurólogo), e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Imagen de resonancia magnética (IRM)
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Arteriografía cerebral
- Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT)
- Examen del líquido cefalorraquídeo

Infección ginecológica por Virus de Papiloma Humano (colposcopia, crioterapia)

Los virus del papiloma humano (VPH) establecen infecciones del epitelio de la piel y mucosas. Las lesiones por VPH amparadas son:

- Verrugas genitales en la mujer
- Lesiones virales en el cuello uterino

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Ginecólogo, Urólogo o Colposcopista), e ir acompañado del informe médico y reporte de histopatología, y de al menos de tres estudios entre gabinete, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Examen de citología exfoliativa vaginal
- Colposcopia
- Biopsia dirigida
- Pruebas moleculares como la captura de híbridos
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

Insuficiencia Renal Crónica

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

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 3 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Internista o Nefrólogo), e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Análisis de orina
- Depuración de creatinina
- Proteinuria total
- Creatinina en orina

- Albúmina
- Examen de nitrógeno ureico en la sangre (BUN)
- Ecografía abdominal

Litiasis (Litotripsia)

Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.

Se aplicará un periodo de espera de 3 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Nefrólogo), e ir acompañado del informe médico y ultrasonido abdominal.

Lupus Eritematoso Sistémico

Es una enfermedad inflamatoria, autoinmunitaria que afecta la respuesta inmunológica o de defensa del organismo, originando trastornos crónicos que lesionan la piel, las articulaciones, los riñones u otros órganos, afectando al menos dos de ellos.

Para este padecimiento se aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Internista, Reumatólogo o Inmunólogo), e ir acompañado del informe médico y de al menos cinco estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que documenten:

- Proteinuria
- Cilindros urinarios
- Uremia
- Desequilibrio electrolítico
- Anemia
- Leucopenia
- Linfopenia
- Trombocitopenia
- Células de lupus eritematoso (LE) positivas
- Anticuerpos: anti-desoxirribonucleico, anti-nucleares, anti-ribonucleico, antifosfolípidos y anti-Smith
- Resultado positivo para anticoagulante lúpico
- Falso positivo en pruebas serológicas de sífilis (VDRL)

Meningitis / Encefalitis

Meningitis.- Inflamación del tejido delgado que rodea el cerebro y la médula espinal, llamada meninge
Encefalitis.- Inflamación del encéfalo.

Para estos padecimientos se aplicará un periodo de espera de tres meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Internista, Neurólogo, en Medicina Crítica o Terapia Intensiva) e ir acompañado del informe médico y de al menos tres estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Punción lumbar (citoquímico, citológico, serológico y cultivo del líquido cefalorraquídeo - LCR)
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)
- Electroencefalograma

Exclusiones particulares de meningitis:**a) Tumores meningeos o cerebrales****Miomatosis**

La miomatosis uterina es la presencia de miomas o fibromas en el útero, estos son tumores que se clasifican de acuerdo a su localización. Esta enfermedad es una de las causas de infertilidad por factor uterino.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Ginecólogo), e ir acompañado del informe médico, reporte de histopatología y ultrasonido pélvico.

Neumonía

Es una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Causa que los alvéolos pulmonares se llenen de líquido o pus.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Neumólogo), e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Rayos X
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Pruebas de Función Pulmonar (Espirometría Pletismografía)

Paludismo / SIKA/ Chikungunya/ Chagas / Dengue

Paludismo.- El paludismo es una enfermedad causado por un parásito Plasmodium, el cual es transmitido por la picadura de un mosquito infectado. Los síntomas de esta enfermedad pueden incluir fiebre, vómito y/o dolor de cabeza. La forma clásica de manifestación en el organismo son "fiebre, sudoración y escalofríos" que aparecen 10 a 15 días después de la picadura del mosquito.

SIKA.- La enfermedad por el virus de Zika es causada por un virus transmitido principalmente por mosquitos del género Aedes, que pican durante el día. Los síntomas, generalmente leves y de 2 a 7 días de duración, consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas.

Chikungunya.- Es una infección causada por el virus Chikungunya. Los síntomas incluyen fiebre y dolores en las articulaciones. Por lo general, ocurren de dos a doce días después de la exposición. Otros síntomas pueden incluir dolor de cabeza, dolor muscular, hinchazón de las articulaciones y sarpullido. Los síntomas generalmente mejoran en una semana; sin embargo, ocasionalmente el dolor en las articulaciones puede durar meses o años.

Enfermedad de Chagas.- Afección parasitaria, sistémica, crónica, transmitida por vectores y causada por el protozoo Trypanosoma cruzi, el cual produce crecimiento anómalo de los órganos, como el corazón, el intestino y el esófago, provocando su disfunción.

Dengue.- Infección viral transmitida por mosquitos que se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de tres meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Infectólogo) o por un Médico General, e ir acompañado del informe médico y alguno de los siguientes estudios realizados que sustenten el diagnóstico:

- Reporte de Frotis de Sangre periférica
- Prueba de Diagnóstico Rápido
- Pruebas para Virus Zika (PCR)
- Pruebas Serológicas (ELISA) para Chikungunya
- Análisis de sangre para confirmar la presencia del parásito Chaga o de las proteínas que crea el Sistema inmunitario (anticuerpos)
- Análisis de sangre para confirmar la presencia de dengue.

Pancreatitis

La pancreatitis es una inflamación del páncreas, desencadenado por la activación inapropiada de los enzimas pancreáticos, con lesión tisular y respuesta inflamatoria local, respuesta inflamatoria, así como compromiso tejido u órganos distante.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 6 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Internista, Gastroenterólogo, Medicina Crítica o Terapia Intensiva) e ir acompañado del informe médico y de al menos tres estudios entre gabinete radiológico, imagenológico o estudios de laboratorio que sustenten el diagnóstico:

- Biometría hemática con leucocitosis $>16.000/\text{mm}^3$
- Hiperglicemia $>200 \text{ mg/dL}$
- Deshidrogenasa láctica (LDH) $>400 \text{ UI/L}$
- Transaminasa glutámico oxalacética (GOT) $>250 \text{ UI/L}$
- Disminución del hematocrito $>10\%$
- Déficit de líquidos $> 4\text{L}$
- Calcio $<8 \text{ mg/dL}$
- Presión parcial del oxígeno (PO_2) $<60 \text{ mmHg}$
- Aumento del nitrógeno ureico en sangre (BUN) $>5\text{mg/dL}$
- Albúmina $< 3,2 \text{ g/dL}$
- Ultrasonido abdominal
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)

Exclusiones particulares de pancreatitis:

a) Pancreatitis a consecuencia de la ingesta de alcohol

Parkinson

Es una alteración neurológica degenerativa caracterizada por la pérdida prematura de algunas células del cerebro muy especializadas que afecta las habilidades motoras, el habla y otras funciones. Puede provocar temblores, movimientos involuntarios y/o rigidez.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Neurólogo) e ir acompañado del informe médico y que los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)

Peritonitis

La peritonitis es la inflamación del peritoneo, una membrana similar a la seda que recubre la pared abdominal interna y cubre los órganos dentro del abdomen, que generalmente se debe a una infección bacteriana o fúngica.

Para este padecimiento no aplicará un periodo de espera alguno.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Gastroenterólogo, Internista o Urgenciólogo) e ir acompañado del informe médico y que los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Rayos X
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)

Politraumatismo

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

Para este padecimiento no aplicará un periodo de espera alguno.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Traumatólogo, Internista o Urgenciólogo) e ir acompañado del informe médico y que los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Rayos X
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)
- Ultrasonido (USG)

Púrpura trombocitopénica idiopática

Es una enfermedad hemorrágica autoinmune que se caracteriza por la destrucción prematura de plaquetas que son necesarias para la coagulación de la sangre, debido a la unión de un autoanticuerpo, habitualmente de clase inmunoglobulina IgG, a las glucoproteínas plaquetarias y la posterior depuración por el sistema fagocito mononuclear.

Se caracteriza por la eliminación de las plaquetas del sistema fagocítico mononuclear, específicamente en el bazo, originando un aumento en la producción de las plaquetas procedente de la médula ósea.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Hematólogo) e ir acompañado del informe médico y que el siguiente estudio que sustente el diagnóstico:

- Biometría hemática con recuento plaquetario

Ruptura de Aneurisma aorta abdominal

Los aneurismas aórticos abdominales son protuberancias (dilataciones) localizadas en la pared aórtica, en la región que pasa por el abdomen (aorta abdominal) y la ruptura sucede cuando ésta se revienta.

Para este padecimiento no aplicará periodo de espera alguno.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Gastroenterólogo, Internista o Urgenciólogo) e ir acompañado del informe médico y los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Ultrasonido abdominal
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM)

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Está causado por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que produce un daño en las células del sistema inmune, de forma que, las personas que lo padecen, son susceptibles a otras infecciones y al desarrollo de ciertos tipos de cánceres.

Para esta afectación aplicará un periodo de espera de 2 años.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Infectólogo o Internista) e ir acompañado del informe médico y el siguiente estudio que sustente el diagnóstico:

- Análisis Western Blot

Síndrome inflamatorio Multisistémico pediátrico

El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (MIS-C) es una enfermedad poco común que se presenta en los niños. Este síndrome puede ocasionar la inflamación de diferentes partes del cuerpo, como el corazón, los pulmones, los riñones, el cerebro, la piel, los ojos y los órganos digestivos (el estómago).

Para esta afectación aplicará un periodo de espera de 3 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Pediatra, Infectólogo o Internista) e ir acompañado del informe médico y los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Laboratorios con Marcadores Inflamatorios
- Prueba de proteína C reactiva (PCR)
- Velocidad de sedimentación globular (VSG)
- Prueba del Dímero - D
- SEROLOGÍA (Inmunoglobulinas IGG e IGM)
- Biometría Hemática

Síndrome de Ehlers- Danlos

Es un grupo de trastornos hereditarios caracterizado por articulaciones extremadamente sueltas o laxas, piel muy elástica (hiperelástica) en la que se forman hematomas con gran facilidad y vasos sanguíneos que se dañan fácilmente.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Genetista) e ir acompañado del informe médico y que el siguiente estudio que sustente el diagnóstico:

- Pruebas Genéticas.

Síndrome de Guillain Barré

Es una enfermedad en la que el propio sistema inmune ataca al sistema nervioso provocando la inflamación de los nervios generando en un inicio debilidad en las piernas, brazos y/o torso; la intensidad de estos síntomas puede aumentar hasta provocar parálisis y poner en riesgo la vida cuando se interfiere con la respiración, presión sanguínea y ritmo cardíaco.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Neurólogo o Internista) e ir acompañado del informe médico y que el siguiente estudio que sustente el diagnóstico:

- Estudio de líquido Cefalorraquídeo
- Electromiografía

Trasplante de Órganos.

Procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción únicamente de los siguientes órganos:

- Corazón
- Hígado
- Médula Osea
- Páncreas
- Pulmón
- Riñón

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 3 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista del órgano de que se trate e ir acompañado del informe médico, estudios de laboratorio y gabinete, en su caso y nota quirúrgica.

Tuberculosis Respiratoria

Es una infección bacteriana contagiosa que compromete los pulmones y que se puede propagar a otros órganos. Es causada por la bacteria Mycobacterium tuberculosis (M tuberculosis).

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 1 año.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Neumólogo) ir acompañado del informe médico y los estudios que sustenten el diagnóstico:

- Reporte de prueba cutánea de Tuberculina

- Prueba de Esputo para determinación de Tuberculosis
- Rayos X
- Tomografía axial computarizada (TAC)

Tumores benignos (biopsias)

Un tumor benigno es un tipo de neoplasia que carece de la malignidad de los tumores cancerosos. Por definición, este tipo de tumor no crece en forma desproporcionada ni agresiva; no invade tejidos adyacentes y no hace metástasis a tejidos u órganos distantes.

Biopsia es un procedimiento que extrae células o tejidos de su cuerpo. Un médico llamado patólogo examina las células o tejidos bajo un microscopio para verificar si hay daños o enfermedad. El patólogo también puede hacer otras pruebas a estas células.

Para este padecimiento aplicará un periodo de espera de 6 meses.

Además de los documentos señalados en la cláusula Comprobación del siniestro, será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico Especialista (Patólogo) ir acompañado del informe médico y reporte histopatológico que sustente la existencia del tumor benigno.

IV. Exclusiones

Para todas las coberturas, quedan excluidos:

- 1. Accidentes o Enfermedades que se originen por participar en:**
 - a. Actividades militares de cualquier tipo.**
 - b. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
 - c. Aviación privada en calidad de tripulante o mecánico.**
 - d. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.**
 - e. La práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose ésta cuando la persona realiza un deporte en público y recibe una remuneración económica con motivo de dicha práctica.**
 - i. Padecimientos que resulten por alcoholismo o toxicomanías y aquellos Accidentes ocasionados por culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, y/o bajo el influjo de drogas.**
 - j. Lesión autoinfligida e intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
 - k. Cualquier Enfermedad o Accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto.**
 - l. Padecimientos Preexistentes.**
 - m. Cualquier enfermedad o procedimiento que no esté amparado expresamente en la carátula de la póliza y/o certificado individual.**

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

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

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

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

LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

<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

Av. Insurgentes Sur No. 1228, Piso 7, Colonia Tlacoquemécatl, C.P. 03200, 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 (800) 999 8080

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día ____ de _____ de _____, con el número _____.

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



Si el Asegurado ha sido sometido a un examen médico para la contratación del seguro, la Aseguradora no podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relacionado al tipo de examen que se le haya practicado.

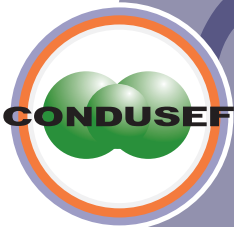
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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 11 de abril de 2022 , con el número CNSF-S0120-0029-2022/CONDUSEF-005192-02.

