

VIDA INDIVIDUAL COVID19

Condiciones Generales



I. DEFINICIONES.....	4
Asegurado	4
Beneficiario	4
Compañía	4
Contratante	4
Coronavirus	4
Coronavirus 19 (COVID19)	4
Endoso	4
Enfermedad	4
Enfermedad o Padecimiento Preexistente	4
Hospital	5
Hospitalización	5
Médico.....	5
Periodo de Espera.....	5
Póliza	6
Prima	6
Siniestro	6
Suma Asegurada.....	6
UMA	6
Vigencia.....	6
II. CLÁUSULAS GENERALES.....	6
Contrato de Seguro	6
Modificaciones	7
Omisiones o Declaraciones Inexactas.....	7
Vigencia del Contrato.....	7
Terminación del Contrato	7
Prima	8
Pago de Prima	8
Periodo de Gracia.....	9
Renovación.....	9
Rehabilitación	10
Moneda	10



Disputabilidad	10
Prescripción	10
Comunicaciones	11
Competencia	11
Beneficiarios	11
Edad	13
Formas de Liquidación	14
Suicidio	14
Notificación de Comisiones	14
Cambio por Riesgos	14
Interés Moratorio	15
Entrega de Documentación Contractual	15
Contratación del Uso de Medios Electrónicos	16
Entrega de documentación Contractual derivada de operaciones a través de Medios Electrónicos	16
Terminación del Contrato de Seguro a través de Medios Electrónicos	17
Comprobación del siniestro	17
III. COBERTURA BÁSICA	19
Fallecimiento	19
IV. COBERTURA OPCIONAL	19
Gastos Funerarios	19
V. COBERTURAS ADICIONALES	20
Gastos Funerarios por fallecimiento por COVID 19	20
Graves Enfermedades	21
Exclusiones para la cobertura de Graves Enfermedades	23
Renta Diaria por Hospitalización	24
Renta diaria por hospitalización por COVID 19	26
Indemnización por hospitalización por COVID 19	28
LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO	29



I. DEFINICIONES

Asegurado

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

Beneficiario

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

Compañía

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

Contratante

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

Coronavirus

Virus que pueden causar enfermedades infecciosas de las vías respiratorias.

Coronavirus 19 (COVID19)

Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus, también conocido como Sars-Co-V2.

Endoso

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

Enfermedad

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

Enfermedad o Padecimiento Preexistente

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

- a) Se haya declarado la existencia de dicha enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico en el cual se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio



- reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
 - c) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

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

Hospital

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

Hospitalización

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

Médico

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

Periodo de Espera

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



Póliza

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

Prima

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

Siniestro

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

Suma Asegurada

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

UMA

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

Vigencia

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

II. CLÁUSULAS GENERALES**Contrato de Seguro**

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

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

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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



Modificaciones

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

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

Omisiones o Declaraciones Inexactas

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

Vigencia del Contrato

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

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

Terminación del Contrato

La Póliza termina sin obligación alguna para la Compañía:

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

No obstante, lo anterior, el Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este contrato, mediante notificación escrita dirigida a la Compañía, en cuyo caso ésta devolverá la prima de tarifa no devengada a la fecha en que surta efecto la notificación, previa disminución del costo de adquisición total.

En este caso, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, manifestará la forma en que desea le sea devuelta la cantidad correspondiente, ya sea a través de cheque o transferencia electrónica, para este caso, deberá incluir en el mismo documento el número de CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) y la Institución



Bancaria en donde mantiene su cuenta. La Compañía realizará el pago a que se refiere este párrafo dentro de los 10 días hábiles siguientes en que reciba la solicitud. En caso de que no indique la forma en que desea le sea realizada la devolución, la Compañía procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de ésta.

Prima

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

Pago de Prima

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

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

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

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

En caso de que el Contratante opte por realizar el pago de la prima a través de tarjeta de crédito, tarjeta de débito, transferencia electrónica, depósito bancario o pago domiciliado, el Estado de Cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción que emita la Institución Financiera, en dónde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

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

Así mismo el Contratante podrá solicitar que el pago de la prima se realice a través de descuento a su nómina, teniendo la obligación de vigilar que en su recibo de pago se encuentre incluida la retención de prima pactada originalmente y en caso de que no aparezca dicha retención o ésta sea diferente, notificarlo



inmediatamente a la Compañía a efecto de que se le indique la forma en que debe realizar el pago correspondiente a fin de que los efectos de la póliza no cesen automáticamente por falta de pago. En este caso, el Contratante deberá otorgar su consentimiento a la empresa para la cual labore a fin de que se hagan dichos descuentos. El recibo de nómina en donde conste el descuento de la prima, hará prueba plena del pago de ésta, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

Periodo de Gracia

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

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

Renovación

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

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

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

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



Rehabilitación

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

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

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

Moneda

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

Disputabilidad

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

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

Prescripción

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



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

Comunicaciones

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

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

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día catorce de mayo de dos mil cuatro, el Contratante, Asegurado e incluso los beneficiarios deberán proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en el momento en que ésta se los requiera.

Competencia

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

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

Beneficiarios

Para efectos de las coberturas: Fallecimiento, Gastos Funerarios y Gastos Funerarios por Fallecimiento por COVID 19, el Asegurado en este acto designa como Beneficiarios a las personas que se nombran a continuación, en el siguiente orden:

- 1) En primer lugar al Cónyuge, concubina (o) o conviviente del Asegurado;



- 2) En caso de ausencia del anterior, corresponderá a los hijos del Asegurado en partes iguales;
- 3) En caso de ausencia de los anteriores, corresponderá a los Padres del Asegurado por partes iguales;
- 4) En caso de no existir ninguno de los anteriores, se pagará a la sucesión del Asegurado.

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

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

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

Advertencia

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un



Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Edad

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

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

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

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

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.



Las edades de aceptación y cancelación para este seguro serán:

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

Formas de Liquidación

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

Suicidio

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

Notificación de Comisiones

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

Cambio por Riesgos

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



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

Interés Moratorio

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

Entrega de Documentación Contractual

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

1. De manera personal al momento de contratar el Seguro, en cuyo caso el Asegurado firmará el acuse de recibo correspondiente.
2. Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos.
3. A través del correo electrónico del Asegurado, en cuyo caso deberá proporcionar a la Compañía la dirección del correo electrónico al que debe enviar la documentación respectiva.

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

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

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



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

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

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

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

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

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

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

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



Terminación del Contrato de Seguro a través de Medios Electrónicos

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

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

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

Comprobación del siniestro

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

FALLECIMIENTO

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Compañía

Póliza original, si la tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción, si lo tuviera

Acta de defunción del asegurado

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

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

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

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,

Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,

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



GASTOS FUNERARIOS Y GASTOS FUNERARIOS POR COVID19

Formato de reclamación, será proporcionado por la Compañía

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Original del Certificado de defunción

Original del Acta de defunción del asegurado

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,

Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,

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

En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno (s) de los dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.

GRAVES ENFERMEDADES/RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN/RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR COVID19 /INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR COVID19

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Compañía

Póliza original, si la tuviera

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera

Copia de identificación oficial del Asegurado

Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

Expediente clínico completo junto con las pruebas de laboratorio y estudios que se le hayan practicado al Asegurado.

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

En aquellos casos en que con la documentación e información entregada a la Compañía no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, ésta podrá, conforme a lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, exigir al Asegurado o Beneficiario (s) toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro.



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

III. COBERTURA BÁSICA

Fallecimiento

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

IV. COBERTURA OPCIONAL

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

Gastos Funerarios

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

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

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

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada por concepto de Gastos Funerarios, si el Asegurado fallece en fecha posterior a su alta en la Póliza, debiendo estar la póliza en vigor al momento del siniestro. Esta cobertura estará en vigor para los Dependientes Asegurados siempre y cuando el Asegurado permanezca con vida.

La Suma Asegurada para esta cobertura estará descrita en la carátula de la póliza. Tratándose del fallecimiento de menores de 12 años, la suma asegurada no podrá exceder del equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro.



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

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

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

- El cónyuge, concubinario o conviviente hasta de 64 años que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)
- Los hijos menores a 25 años que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción).

Terminación de la Cobertura

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

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

V. COBERTURAS ADICIONALES

Gastos Funerarios por fallecimiento por COVID 19

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

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

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



La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada, si el Asegurado fallece a consecuencia de COVID 19 en fecha posterior a su alta en la Póliza, debiendo estar la póliza en vigor al momento del siniestro. Esta cobertura estará en vigor para los Dependientes Asegurados siempre y cuando el Asegurado permanezca con vida.

La Suma Asegurada para esta cobertura estará descrita en la carátula de la póliza. Tratándose del fallecimiento de menores de 12 años, la suma asegurada no podrá exceder del equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro.

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

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

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

- El cónyuge, concubinario o conviviente hasta de 64 años que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)
- Los hijos menores a 25 años que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción).

Terminación de la Cobertura

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

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

Graves Enfermedades

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en caso de que al Asegurado se le diagnostique una Grave Enfermedad. Se entenderá por Grave Enfermedad cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se



diagnostiquen por primera vez durante el período de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

a) Infarto al Miocardio.

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

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

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC).

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

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

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

c) Trasplante de órganos vitales

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

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

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis:

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

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

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

f) Cáncer:

Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos



o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. El término “cáncer” incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

Comprobación

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

Pruebas

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

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

Certificación Médica:

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

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

Terminación de la Cobertura

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

Exclusiones para la cobertura de Graves Enfermedades

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

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.
- b) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.



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

Renta Diaria por Hospitalización

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

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

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

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

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

Terminación de cobertura:

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



Exclusiones de la cobertura Renta Diaria por Hospitalización:

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

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



- p) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva
- q) Las enfermedades y accidentes que se produzcan por consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad del estado en tiempos de paz
- r) Enfermedades profesionales definidas como tales en la legislación vigente y enfermedades y accidentes resultantes de la realización y/o participación del Asegurado en actividades profesionales deportivas o recreativas de elevada peligrosidad, tales como: pirotecnia, empleo de sustancias explosivas, tóxicas o corrosivas, actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, vuelo delta, taurinas de cualquier clase, boxeo, carreras con vehículos, embarcaciones o esquís y la práctica profesional de deportes
- s) Padecimientos o enfermedades preexistentes durante los primeros 18 meses de cobertura ininterrumpida del Asegurado.
- t) La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de lo comúnmente aceptado por los facultativos así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravaciones que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de forma voluntaria y deliberada, notoriamente perjudiciales para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos, quirúrgicos o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas
- u) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Compañía abonará únicamente la indemnización correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica, requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.

Renta diaria por hospitalización por COVID 19

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

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



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

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

Terminación de la Cobertura

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

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

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) Cuando el médico tratante sea familiar consanguíneo o por afinidad, en cualquier grado, del Asegurado.
- b) Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas o hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- c) Revisión médica sin que sea a consecuencia del diagnóstico de COVID19.
- d) Cuando la hospitalización sea por cualquier enfermedad o estado que no sean consecuencia del COVID19.
- e) Padecimientos o enfermedades preexistentes que sean a consecuencia del diagnóstico de COVID 19 (Asegurados que hayan sido diagnosticados como positivos con COVID19, previo a la contratación de la póliza).
- f) La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de lo comúnmente aceptado por los facultativos así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravaciones que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de forma voluntaria y deliberada, notoriamente perjudiciales para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas



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

Indemnización por hospitalización por COVID 19

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

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

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

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

Terminación de la Cobertura

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

Exclusiones de la cobertura Indemnización por hospitalización por COVID19

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) Cuando el médico tratante sea familiar consanguíneo o por afinidad, en cualquier grado, del Asegurado.
- b) Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas o hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- c) Revisión médica sin que sea a consecuencia del diagnóstico de COVID19.
- d) Cuando la hospitalización sea por cualquier enfermedad o estado que no sean consecuencia del COVID19.
- e) Padecimientos o enfermedades preexistentes que sean a consecuencia del diagnóstico de COVID 19 (Asegurados que hayan sido



diagnosticados como positivos con COVID19, previo a la contratación de la póliza).

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

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

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

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

LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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



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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

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

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

Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

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

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

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

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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 24/06/2020, con el número de registro CNSF-S0120-0290-2020.



Folleto de derechos básicos Contratante, Asegurado y Beneficiario



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

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



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



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



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



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



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



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

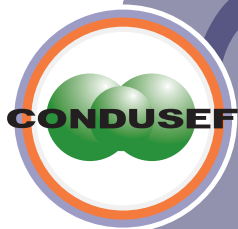
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

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

atencionclientes@thonaseguros.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de Junio de 2020, con el número CNSF-S0120-0290-2020.

