



THONA SEGUROS®

| LOS ÚNICOS AL ALCANCE DE TODOS |

Condiciones Generales
Seguro de Vida Individual
Descuento por Nómina



THONA
—seguros—

thonaseguros.mx

Seguro de Vida Individual

Descuento por nómina

Thona Seguros S.A. de C.V.

I. DEFINICIONES	4
Accidente	4
Anquilosis	4
Asegurado	4
Beneficiario	4
Compañía	4
Contratante	4
Detalle de Coberturas	4
Endoso	4
Invalidez Total y Permanente	5
Póliza	5
Prima	5
Suma Asegurada	6
Vigencia	6
II. CLÁUSULAS GENERALES	6
Contrato	6
Medios de Entrega	6
Modificaciones	6
Omisiones o Declaraciones Inexactas	6
Vigencia del Contrato	7
Terminación del Contrato	7
Prima	7
Pago de Prima	7
Periodo de Gracia	8
Renovación	8
Rehabilitación	8
Moneda	8
Disputabilidad	8
Prescripción	9
Comunicaciones	9
Competencia	9
Beneficiarios	9
Edad	10
Grave enfermedad	11
Formas de Liquidación	11
Suicidio	12
Notificación de Comisiones	12
Cambio por Riesgos	12
Interés Moratorio	12



Comprobación del siniestro	13
Valores Garantizados	15
III. COBERTURAS	15
Coberturas Básicas Fallecimiento	15
Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad	15
Anticipo por Fallecimiento para Gastos Funerarios	16
Coberturas Adicionales	16
Gastos Funerarios	16
Coberturas por Accidente	17
Indemnización por Muerte Accidental (MA)	17
Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)	17
Indemnización por Muerte Accidental Colectiva o Pérdida Orgánica por Accidente Colectivo (MAPOC)	18
Terminación de las coberturas por accidente	20
Coberturas por Invalidez Total y Permanente	20
Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente	20
Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	20
Terminación de las coberturas por invalidez	21
Graves Enfermedades	22
Grave Enfermedad	22
Terminación de la Cobertura	23
Certificado de Cobertura Inmediata	26

I. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato se entenderá por:

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.

Anquilosis

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

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 que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas además de ser el responsable ante la Compañía de pagar la prima del Seguro en su totalidad.

Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de la Compañía.

Endoso

Documento que forma parte del contrato de seguro que modifica y/o adiciona, previo acuerdo entre las partes, las Condiciones Generales y/o particulares del Contrato. Este documento deberá estar registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación al organismo, que amerite tratamiento médico.

Enfermedad preexistente

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

- a) Se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento y/o Enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

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

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, 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.

Invalidez Total y Permanente

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

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

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

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

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

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

Para efectos de este contrato de seguro, no procederá la cobertura de invalidez total y permanente cuando dicho estado se origine o sea diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y en su caso, las enfermedades o lesiones accidentales preexistentes, con un pronóstico médico previo a la contratación del seguro, de invalidez a ocurrir durante la vigencia de la póliza, o los tratamientos prescritos por un médico especialista, con anterioridad a la vigencia de la póliza, con un alto riesgo de provocar la invalidez total y permanente.

Póliza

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

Prima

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

Suma Asegurada

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

Vigencia

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

II. CLÁUSULAS GENERALES

Contrato

La Compañía se obliga en los términos de éste contrato, a brindar 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 y/o Asegurado tenga conocimiento de la aceptación de su oferta y durante la vigencia de la misma.

La carátula de la póliza, estas condiciones generales, endosos, la solicitud de seguro, así como los recibos de pago de primas, constituyen testimonio de este contrato celebrado entre La Compañía y el Contratante.

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.

Medios de Entrega

La Compañía se obliga a entregar al Contratante y/o Asegurado la documentación contractual que integra este contrato de seguro de manera personal al momento de su celebración; no obstante lo anterior y a elección expresa del Contratante y/o Asegurado, la entrega se podrá realizar, dentro de un plazo que no exceda de 10 días hábiles siguientes a la fecha de contratación, a través de alguno de los siguientes medios:

1. Por correo certificado en el domicilio proporcionado por el Contratante y/o Asegurado;
2. Por correo electrónico, a la dirección de email proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para tal efecto;
3. A través del portal de internet de la Compañía, donde esta pondrá a disposición del Contratante y/o Asegurado la documentación contractual para descargarla y en su caso imprimirla.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba la documentación contractual en el plazo señalado o requiera un duplicado o cualquier modificación a la misma deberá llamar al (55) 4433 8900 y la Compañía dará un número de folio con el cual el Contratante podrá dar seguimiento a su trámite hasta su conclusión.

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

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

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la

cobertura, no perjudicará los intereses del Asegurado, por lo tanto el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

Vigencia del Contrato

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

Terminación del Contrato

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

- a) Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones.
- b) En términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, una vez transcurrido el periodo de gracia establecido en estas Condiciones Generales sin que se haya pagado la prima o fracción de ésta.
- c) El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, mediante cheque nominativo en favor del Contratante en un plazo que no excederá de 10 días naturales posteriores a la fecha en que reciba el aviso de cancelación, el cual estará a disposición del Contratante en el domicilio de la Compañía.
- d) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de cancelación estipulada en la Clausula EDAD de este contrato.

Prima

La prima se obtienen 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 de la totalidad de la prima. La forma de pago de las primas es de acuerdo a la periodicidad solicitada por el Contratante y que contempla como opciones: anual, semestral, trimestral, cuatrimestral o mensual. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los 30 días anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la forma de pago a cualquier periodicidad disponible.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes al momento de la celebración del Contrato y que se dará a conocer como parte integrante del mismo y en cada renovación.

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

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 y/o Asegurado 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

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente 30 días naturales después de la fecha de vencimiento de la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, a las doce horas del último día de ese plazo, en caso de que no se haya pagado la misma.

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

Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato, a solicitud por escrito del Contratante, la cual deberá ser con cuando menos 30 días de anticipación a la fecha de terminación de vigencia de la póliza en vigor.

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

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

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma, registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, en la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

Rehabilitación

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

- a) 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 del ajuste correspondiente al período 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 Compañía comunique por escrito al Contratante y/o 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 el artículo 47 de 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 los mismos.

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 a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen”

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.”

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. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada de la Compañía suspenderá la prescripción.

Comunicaciones

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

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante, Asegurado o Beneficiario deberán hacerse por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía y surtirán todos sus efectos.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante puede hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar libremente a sus beneficiarios y podrá cambiar de beneficiarios 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 existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario. 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:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe 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 solo 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 del Asegurado debe comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien lo anotará en la Póliza o extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de la indemnización que proceda.

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 pague 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.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato (artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Las edades de aceptación y cancelación para este seguro se establecerán en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla siguiente:

Cobertura	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Fallecimiento	12	70	71
Certificado de Cobertura Inmediata	12	70	71
Gastos Funerarios Titular	12	70	71
Gastos Funerarios Cónyuge	12	70	71
Gastos Funerarios Hijos	30 días	24	25
Coberturas de Accidente	12	70	71
Coberturas de Invalidez	12	70	71
Graves Enfermedades	12	70	71

Para no afectar el interés de las personas que deseen contratar un seguro de vida individual, aun cuando se fijan edades mínimas y máximas de aceptación, Thona podrá aceptar a personas que se encuentren fuera de los límites preestablecidos, que ya se encuentren asegurados, o bien en función a lo que el resto del mercado asegurador les ofrezca.

La suma asegurada para menores de doce años no podrá exceder de sesenta veces la UMA (Unidad de medida y Actualización) vigente a la fecha del siniestro y únicamente podrán estar amparados por la cobertura de Gastos Funerarios Hijos.

Grave enfermedad

Para efectos de esta Póliza, se considera como grave enfermedad, a todo padecimiento con diagnóstico emitido dentro de la vigencia de la Póliza, cuyo pronóstico es fatal para la vida del Asegurado y cuyo término de resolución se pronostica, dentro de un lapso menor a 365 días naturales contados a partir de la fecha en que se emitió el diagnóstico.

Para efectos de esta Póliza, los padecimientos que se consideran como enfermedad en fase terminal, en forma limitativa, son:

- Cáncer: Cáncer mortal; Tumor de cerebro benigno; Melanoma maligno en etapa temprana; Cáncer de próstata en etapa temprana y Carcinoma ductal in Situ (CDIS);
- Corazón: Infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco); Injerto de derivación de arteria coronaria (CABG); Angioplastia coronaria; Reemplazo de la válvula de corazón y Cirugía de aorta;
- Accidente cerebrovascular;
- Insuficiencia renal;
- Trasplante de órganos principales (corazón, uno o los dos pulmones, páncreas, riñones, hígado) y el fracaso en lista de espera;
- Esclerosis múltiple;
- Enfermedad de Alzheimer;
- Enfermedad de Parkinson; y
- Pérdida de existencia independiente (LOIE).

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.

Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato de Seguro, 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 de los Asegurados.

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

Interés Moratorio

Si la 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, que a la letra dicen:

“Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

“Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el

cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comprobación del siniestro

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

FALLECIMIENTO/ GASTOS FUNERARIOS

Formato de reclamación
Póliza original, si la tuviera

Último recibo de pago de primas (Nómina), (Obligatorio)
Copia simple del Certificado de defunción
Original o copia certificada acta de defunción del asegurado
En caso de que el beneficiario sea la esposa(o) concubina(o) se requiere original o copia certificada del acta de matrimonio actualizada o acreditación de concubinato ante autoridad judicial.
Original o copia certificada acta de nacimiento de los beneficiarios, (únicamente en caso de que sean hijos del Asegurado)
Identificación oficial del Asegurado, si la tuviese, y de Beneficiarios, acompañando una copia para su cotejo
Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su vigencia del Beneficiario

COBERTURAS POR ACCIDENTE

Formato de reclamación
Póliza original, si la tuviera
Último recibo de pago de primas (Nómina), (Obligatorio)
Identificación oficial del Asegurado, si la tuviese, y de Beneficiarios, acompañando una copia para su cotejo
Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su vigencia del Beneficiario
Copias certificadas por el Ministerio Público de las Carpetas Ministeriales de Investigación
Copia simple del Certificado de defunción
Original o copia certificada acta de defunción del asegurado
En caso de que el beneficiario sea la esposa(o) concubina(o) se requiere original o copia certificada del acta de matrimonio actualizada o acreditación de concubinato ante autoridad judicial.
Original o copia certificada acta de nacimiento de los beneficiarios, (únicamente en caso de que sean hijos del Asegurado)

COBERTURA DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Original del dictamen de Pérdidas Orgánicas emitido por IMSS o ISSSTE o cualquier otra Institución a la que esté Afiliado el Asegurado o, en caso de no estar inscrito en alguna de estas instituciones de salud, por cualquier institución de salud pública o por un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya diagnosticado la Pérdida Orgánica.
Copia de historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete
Formato de reclamación
Último recibo de pago de primas (Nómina), (Obligatorio)
Identificación oficial del Asegurado, si la tuviese, y de Beneficiarios, acompañando una copia para su cotejo
Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su vigencia del Beneficiario

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE/ GRAVES ENFERMEDADES

Formato de reclamación
Póliza original, si la tuviera
Último recibo de pago de primas (Nómina), (Obligatorio)
Identificación oficial del Asegurado, si la tuviese, y de Beneficiarios, acompañando una copia para su cotejo
Copia de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su vigencia del Beneficiario
Copia Certificada por la Institución Médica del dictamen de Invalidez IMSS o ISSSTE o, en caso de no estar inscrito en alguna de estas instituciones de salud, por cualquier institución de salud pública o por un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya diagnosticado la Invalidez Total y Permanente.
Diagnóstico de la grave enfermedad o cáncer por médico especialista o institución de salud pública.
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses de su vigencia del Beneficiario
Copia de historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

La Compañía se reserva el derecho a solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

improcedencia de la reclamación

Toda documentación que vayan a entregar en copia debe de estar debidamente cotejada con la siguiente leyenda:

“Se hace constar que la presente copia coincide con el original que se tuvo a la vista”

Deberá venir además de la leyenda:

- Fecha en la que se hizo el cotejo
- Nombre completo sin abreviaturas (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno) de quien cotejó y su firma (si la firma es su nombre, deberá escribirlo dos veces)

De conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley sobre el contrato de Seguro: “El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

Valores Garantizados

La presente Póliza no genera valores garantizados.

III. COBERTURAS

Coberturas Básicas 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.

Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad

Mediante este beneficio La Compañía otorgará al Asegurado, por una sola ocasión un pago anticipado hasta un máximo del 50% (cincuenta por ciento) de la suma asegurada correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento que se encuentre en vigor, sin que este pago exceda el equivalente a \$500,000 (Quinientos Mil Pesos00/100 M.N.), al presentarse certificación médica mediante la cual se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal. Este beneficio será procedente siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor a la fecha en que se haga el diagnóstico correspondiente.

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

Para el pago del beneficio La Compañía dispondrá de un periodo de 30 días naturales, contados a partir de que el Asegurado presente la reclamación y la documentación que para tal efecto le sea solicitada al Asegurado.

Exclusiones

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

SIDA o presencia del virus del VIH

Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo

Enfermedades preexistentes al inicio de la vigencia de esta póliza.

Terminación del Beneficio

La cobertura de Anticipo de Suma asegurada por Grave Enfermedad terminará en los siguientes casos:

- Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura.
- Primera ocurrencia de una enfermedad en fase terminal que sea indemnizada por esta cobertura.
- Muerte del Asegurado.
- Cancelación o terminación de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura. En el caso de que La Compañía proceda a pagar el anticipo de la suma asegurada correspondiente por la ocurrencia o diagnóstico confirmado de una enfermedad en fase terminal, se terminará la obligación para ella sin posibilidad de reinstalación de la suma asegurada en cuestión.

Anticipo por Fallecimiento para Gastos Funerarios

El Beneficiario podrá solicitar un anticipo hasta por un máximo del 30% (treinta por ciento) del total de la Suma Asegurada de la cobertura por fallecimiento, sin que este pago exceda el equivalente a \$100,000.00 (Cien Mil pesos 00/100 M.N.).

Este beneficio procederá siempre y cuando:

El Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su credencial oficial de identificación por ambos lados y de la póliza de seguro, si la tuviese.

El Beneficiario, en caso de solicitar el Anticipo por Fallecimiento, autoriza expresa e irrevocablemente a la Compañía para que compense la cantidad anticipada sobre la Suma Asegurada que se encuentre vigente al momento del fallecimiento del Asegurado, es decir, la Compañía deducirá hasta por el 30% (treinta por ciento) sobre el total de la Suma Asegurada vigente de beneficio de fallecimiento a que tiene derecho el Beneficiario y, el remanente, le será cubierto al Beneficiario una vez que esté presente la documentación a que se refiere la cláusula **Comprobación del siniestro**.

En caso que hubiera varios Beneficiarios, el pago correspondiente se hará a aquel que haya solicitado el anticipo por fallecimiento, siempre y cuando el porcentaje que le corresponda como Beneficiario sea por la misma cantidad o mayor al importe del pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

Terminación del Beneficio

La cobertura de Anticipo por Fallecimiento para gastos Funerarios terminará en los siguientes casos:

- Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura.
- Primera solicitud de anticipo por Fallecimiento para Gastos Funerarios que reciba la Compañía y que haya sido indemnizada.
- Muerte del Asegurado.
- Cancelación o terminación de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura. En el caso que La Compañía proceda a pagar el anticipo de la suma asegurada correspondiente, se terminará la obligación para ella sin posibilidad de reinstalación de la suma asegurada en cuestión.

Coberturas Adicionales.

Las coberturas adicionales a la cobertura por fallecimiento, serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas se encontrarán estipuladas en la carátula de la Póliza. Cada una de estas coberturas adicionales, tendrán el siguiente tratamiento.

Gastos Funerarios

Esta Cobertura podrá ser otorgada bajo las siguientes condiciones:

- Cobertura al asegurado Titular
- Coberturas al asegurado Titular y al Cónyuge
- Cobertura Familiar (Titular, Cónyuge e Hijos)

La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada por concepto de Gastos Funerarios, si el Asegurado Titular o alguno de sus Dependientes Asegurados fallecen dentro la vigencia de la póliza en la que se encuentran asegurados. Esta cobertura estará en vigor para los Dependientes Asegurados siempre y cuando el Asegurado Titular permanezca con vida.

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

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

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

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

El cónyuge, concubinario o conviviente que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o resolución que decreta el concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)

Los hijos menores a 25 años de edad que no tengan ingreso por trabajo personal (debe constar en acta de nacimiento o acta de adopción).

Terminación de la Cobertura

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

1. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado Titular o Cónyuge sea de 72 años.
2. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, esta cobertura cesará sus efectos en el aniversario en que la edad cumplida de éstos sea de 26 años.

Coberturas por Accidente

En caso que algún o algunos de los Integrantes sufra un Accidente, de haberse contratado alguna de las coberturas adicionales por Accidente que más adelante se describen, la Compañía pagará la indemnización que se haga constar en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los endosos correspondientes.

Indemnización por Muerte Accidental (MA)

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y estipulada en la carátula de la póliza, si a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de esta cobertura y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado fallece.

Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)

Si como consecuencia de un accidente, el Asegurado fallece o sufre una o más pérdidas orgánicas durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía pagará al Asegurado o a los Beneficiarios designados la proporción que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura de acuerdo a la escala que haya sido seleccionada (Escala A o Escala B), siempre y cuando, dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente el Asegurado fallece o sufre las pérdidas orgánicas, y dicho accidente ocurre durante la vigencia de esta cobertura.

Por la pérdida de:	Escala A	Escala B
La vida	100%	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%



Por la pérdida de:	Escala A	Escala B
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	--	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	--	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	--	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	--	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	--	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	--	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	--	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	--	6%
Cualquier dedo del pie	--	6%

En caso de que el Asegurado muera y/o sufriera varias Pérdidas Orgánicas descritas en la Escala Contratada, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Integrante sufiere en uno o más eventos varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla anterior.

Cualquier indemnización pagada por la Compañía, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a la Compañía.

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

Indemnización por Muerte Accidental Colectiva o Pérdida Orgánica por Accidente Colectivo (MAPOC)

Para esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada, si el Asegurado fallece o sufre una Pérdida Orgánica a consecuencia de:

1. Un Accidente automovilístico en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando el vehículo en el que viajaba sea considerado de servicio público, no aéreo, con licencia para transportar pasajeros y operado por una empresa de transporte público contra pago de pasaje, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
2. Un Accidente en un ascensor en el cual llegue a viajar como pasajero, siempre y cuando dicho ascensor opere para servicio público. **Quedan excluidos los ascensores industriales o de minas.**
3. Un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado al iniciarse el incendio.

El porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada (Escala A o Escala B), que se muestra a continuación:

Por la pérdida de:	Escala A	Escala B
La vida	100%	100%
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%



Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	--	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	--	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	--	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	--	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	--	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	--	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	--	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	--	6%
Cualquier dedo del pie	--	6%

En caso de que el Asegurado muera y/o sufriera varias de las Pérdidas Orgánicas descritas en la Escala Contratada, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Asegurado sufriere en uno o más eventos varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla anterior.

Cualquier indemnización pagada por la Compañía, reduce en la misma proporción la Suma Asegurada de esta cobertura, hasta agotarse, relevando de toda responsabilidad posterior a la Compañía.

La indemnización correspondiente a Pérdidas Orgánicas se efectuará al propio Asegurado. Al tramitarse alguna reclamación relacionada con la cobertura por Pérdidas Orgánicas, la Compañía tendrá el derecho de practicar a su costa un examen médico al Asegurado.

Exclusiones para las coberturas por Accidente

La Compañía en ningún caso será responsable si el evento ocurre a consecuencia de:

- a) Infecciones que no provengan del accidente**
- b) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente**
- c) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos**
- d) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente**
- e) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de accidente cubierto**
- f) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.**

- g) Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.**
- h) Cualquier forma de navegación submarina.**
- i) Aquellas que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes**
- j) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- k) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.**
- l) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.**

Terminación de las coberturas por accidente

Estas coberturas terminarán automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de La Compañía, en los siguientes casos:

- En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 72 años.
- En caso de cancelación de la póliza por parte del Contratante previo al siniestro o en caso de falta de pago de primas en el periodo establecido en este contrato.

Coberturas por Invalidez Total y Permanente

En caso de que al Asegurado se le determine, de conformidad a lo establecido en estas Condiciones Generales, un estado de Invalidez Total y Permanente, y de haberse contratado alguna de las opciones de esta cobertura adicional, La Compañía pagará la indemnización que corresponda de acuerdo a lo estipulado en este contrato.

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

De encontrarse como amparado en la carátula de la póliza este beneficio, al Asegurado se le determine un estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

La Compañía efectuará dicho pago con el Periodo de Espera aplicable de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza.

El estado de espera no será aplicable en caso de que la Invalidez Total y Permanente sea a consecuencia de un Accidente o Pérdida Orgánica.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

De encontrarse como amparado en la carátula de la póliza este beneficio, al Asegurado se le determine un estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía eximirá al Contratante del pago de la Prima correspondiente de la cobertura por fallecimiento.

La Compañía le proporcionará al Asegurado una póliza con la cobertura por fallecimiento donde se hará constar que es un seguro Vitalicio sin más pago de Primas, mientras dure el estado de invalidez por la misma Suma Asegurada que tenía al momento de invalidarse.

Pruebas para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente.

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

médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la Invalidez Total y Permanente.

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

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

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

Terminación de las coberturas por invalidez

La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de La Compañía, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 72 años

Exclusiones

Las coberturas por Invalidez Total y Permanente no se concederán cuando la invalidez total y permanente se deba a:

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

- a) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.**
- c) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- d) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de Compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- f) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**

- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.
- i) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto.
- j) Radiaciones ionizantes.
- k) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.
- l) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.
- m) Estado de Invalidez originado o diagnosticado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza.
- n) Las enfermedades o lesiones accidentales preexistentes, con un pronóstico médico, previo a la contratación del seguro, de invalidez a ocurrir durante la vigencia de la póliza, o los tratamientos prescritos por un médico especialista, con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, con un alto riesgo de provocar la invalidez.

Graves Enfermedades

De encontrarse esta cobertura como amparada en la carátula de la póliza el Asegurado recibirá la Suma Asegurada señalada, si durante la vigencia del contrato se le diagnostica alguna de las Graves Enfermedades señaladas a continuación,

Periodo de Espera:

Esta cobertura será efectiva 90 días posteriores a la fecha de inicio de vigencia señalada en la carátula de la póliza.

Grave Enfermedad

- Cáncer: Cáncer mortal; Tumor de cerebro benigno; Melanoma maligno en etapa temprana; Cáncer de próstata en etapa temprana y Carcinoma ductal in Situ (CDIS);
- Corazón: Infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco); Injerto de derivación de arteria coronaria (CABG); Angioplastia coronaria; Reemplazo de la válvula de corazón y Cirugía de aorta;
- Accidente cerebrovascular;
- Insuficiencia renal;
- Trasplante de órganos principales y el fracaso en lista de espera;
- Esclerosis múltiple;
- Enfermedad de Alzheimer;
- Enfermedad de Parkinson; y
- Pérdida de existencia independiente (LOIE).

Exclusiones

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.
- f) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- g) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.
- e) Enfermedades preexistentes.
- f) Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo “sten” y similares.
- g) 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.
- h) El caso de periodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.

Terminación de la Cobertura

1. La primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura.
2. La muerte del Asegurado.
3. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 72 años.

Acuerdo de Arbitraje

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante puede acudir a un perito médico que sea designado por el propio reclamante y la Compañía, para someterse a un arbitraje privado.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual también vincula al reclamante y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje se establece por la persona asignada y por quienes al momento de acudir a él deben firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vincula a las partes y tiene fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tiene costo alguno para el reclamante y en caso de existir es liquidado por la Compañía.

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.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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>

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

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

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

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

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

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

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de Febrero de 2018, con el número de registro CNSF-S0120-0094-2018/CONDUSEF-003035-03.

Endoso que se agrega y forma parte integral de las Pólizas No. XXXXXXXXXXXX expedidas a favor de XXXXXXXXXXXX con vigencia del XX de XXXXXXX de XXXX al XX de XXXXXXX de XXXX.

Se hace constar que se agrega a la documentación contractual de la póliza citada, la siguiente cláusula especial:

Certificado de Cobertura Inmediata

Este certificado se concede de manera gratuita al Contratante solicitante del Seguro y no podrá cederse a ninguna persona.

Esta cobertura sólo podrá ser válida para aquellas personas que hayan solicitado a Thona Seguros la celebración de un contrato de seguro de vida individual y con forma de pago de la prima a través de descuento por nómina.

Thona Seguros S.A. de C.V., pagará al beneficiario designado por la persona por asegurar únicamente por lo que hace a la cobertura de fallecimiento, la Suma Asegurada que se establece para esta cobertura, de la manera y en los términos y condiciones que más adelante se establecen, inmediatamente después de que reciba las pruebas del hecho y de la causa del fallecimiento de la persona por asegurar ocurrido durante la vigencia de esta cobertura la cual estará vigente desde la fecha de firma de la solicitud y hasta la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El límite máximo para esta cobertura será la cantidad que resulte menor entre la Suma Asegurada que se obtenga de acuerdo a la solicitud y \$300,000.00 (Trescientos mil pesos 00/100 M.N.)

Esta cobertura tiene una vigencia máxima de 90 días naturales, contados a partir de la fecha de firma de la solicitud y se dará por terminada anticipadamente en los siguientes casos:

- Cuando inicie la vigencia de la póliza del plan solicitado correspondiente
- Cuando Thona Seguros S.A. de C.V. rechace expresamente la solicitud de seguro.
- A petición del Contratante

Este certificado se rige en todo momento por las disposiciones contenidas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y toma como base para su expedición lo manifestado por el proponente del seguro en la solicitud, por lo que cualquier omisión o falsa declaración faculta a la Institución para rescindir esta cobertura.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara:

- **La muerte por suicidio o conato del mismo, ya sea que se encuentre sano o demente la persona por asegurar**
- **Las lesiones que la persona por asegurar sufra por participar activamente en riñas siempre que él haya sido el provocador o en la comisión de actos delictivos intencionales**
- **Las lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo la persona por asegurar o se produzca con el consentimiento o participación de este, o sean a consecuencia de acciones en que existe culpa grave o negligencia inexcusable por parte de la misma persona por asegurar.**

Lo establecido en este endoso, prevalecerá en todo cuanto no se contraponga con las condiciones generales de la póliza.

Ciudad de México, a ____ de _____ de ____

Firmas Compañía y Contratante

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 06 de Febrero de 2018, con el número CNSF-S0120-0094-2018/CONDUSEF-003035-03.