



**THONA
SEGUROS®**



Accidentes Personales Individual
Condiciones Generales

I.	Definiciones	4
1.	Accidente.....	4
2.	Asegurado	4
3.	Asegurados Adicionales.....	4
4.	Asegurado Titular	4
5.	Aseguradora	4
6.	Beneficiario	4
7.	Póliza	4
8.	Contratante	4
9.	Deducible.....	4
10.	Endoso	4
11.	Gasto Usual y Acostumbrado	5
12.	Periodo de Gracia.....	5
13.	Práctica Profesional del Deporte.....	5
14.	Preexistencia	5
15.	Prima.....	5
16.	Siniestro	5
17.	Suma Asegurada.....	6
18.	UMA (Unidad de Medida de Actualización).....	6
II.	Cláusulas Generales	6
1.	Contrato.....	6
2.	Temporalidad	6
3.	Comunicaciones.....	6
4.	Modificaciones	6
5.	Moneda	6
6.	Primas	7
7.	Período de Gracia	7
8.	Terminación del Contrato	7
9.	Rehabilitación	8
10.	Renovación.....	8
11.	Edad.....	8
12.	Participación de Utilidades	9
13.	Beneficiarios	9
14.	Interés Moratorio	10



15.	Competencia.....	10
16.	Identificación del Cliente	11
17.	Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral.....	11
18.	Prescripción	11
19.	Notificación de Reclamaciones.....	11
20.	Pago de reclamaciones.....	11
21.	Entrega de Documentación Contractual	12
22.	Comprobación del siniestro	13
III.	Coberturas.....	14
	Muerte por Accidente.....	14
	Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años	14
	Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años.....	14
	Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente	15
	Cobertura de Gastos Médicos por Accidente	16
	Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	17
	Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente	17
	Incapacidad Temporal por Accidente	18
IV.	Exclusiones.....	19
V.	Endosos.....	23
	Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente	23
	Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas	23
	Lesiones por ingesta de alcohol.....	23
	Aviación particular	23
	Lesiones por actos delictivos.....	24
	Deportes peligrosos.....	24
	Uso de motocicleta como herramienta de trabajo.....	24
	Uso de motocicleta como medio de transporte	24
	Nivel Hospitalario	25
	Padecimientos Especiales	25



I. Definiciones

1. Accidente

Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado, mientras se encuentre vigente la cobertura del seguro.

Para efectos de la cobertura de gastos médicos por accidente, el accidente debe producir lesiones que hacen necesario someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas.

2. Asegurado

Persona incluida en la Póliza expuesta a cualquier Accidente cubierto por ésta y con derecho a los beneficios contratados.

3. Asegurados Adicionales

Se consideran Asegurados Adicionales del Asegurado Titular para efectos de esta Póliza, a las siguientes personas, siempre y cuando se encuentren señaladas en la carátula de la póliza y cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este contrato:

- i. El cónyuge, concubino(a) o conviviente que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación civil aplicable, en adelante el Cónyuge.
- ii. Los hijos del Asegurado Titular.
- iii. Padres del Asegurado Titular
- iv. Suegros del Asegurado Titular

4. Asegurado Titular

Es la persona física que aparece como tal en la carátula de la Póliza, que cumple con los requisitos de asegurabilidad de este Contrato de Seguro, que ha sido aceptada por la Aseguradora y que está expuesta a los riesgos especificados en sus condiciones generales y sus Endosos.

5. Aseguradora

THONA Seguros S.A. de C.V.

6. Beneficiario

Persona designada por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios para el caso de la cobertura de muerte accidental. En caso de las coberturas adicionales se indemnizará al Asegurado Titular.

7. Póliza

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

8. 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.

9. Deducible

Para la cobertura de Gastos Médicos por accidente, es el porcentaje o cantidad establecida en la carátula de la póliza, que en caso de siniestro queda a cargo del Asegurado y que se descontará de la indemnización que corresponda. La Aseguradora no efectuará el pago de gastos médicos con costo inferior al deducible. El deducible no será re-instalable por reclamación, es decir, se pagará una única ocasión.

10. Endoso

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



11. Gasto Usual y Acostumbrado

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre la Aseguradora y los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización. Esta información podrá ser consultada en el tabulador vigente que para tales efectos publique la Aseguradora a través de www.thonaseguros.mx.

El monto máximo de los gastos médicos cubiertos por ésta póliza para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros), con los que la Aseguradora no tenga convenio, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio, atendiendo el tabulador indicado en el párrafo anterior.

12. Periodo de Gracia

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

13. Práctica Profesional del Deporte

Es cuando el Asegurado se dedica voluntaria y regularmente a la práctica de un deporte dentro del ámbito de la organización y la dirección de un club o entidad deportiva, a cambio de una remuneración o salario que represente el sustento de su vida personal y lo obliga a practicar cotidianamente su actividad para perfeccionarla.

14. Preexistencia

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

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

b) Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la 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

c) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento de que se trate.

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

15. Prima

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

16. Siniestro

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



17. Suma Asegurada

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

En cada cobertura, la Suma Asegurada no será reinstalable para nuevos accidentes.

18. UMA (Unidad de Medida de Actualización)

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 y podrá ser consultado en: <http://www.inegi.org.mx> y/o en el Diario Oficial de la Federación.

II. Cláusulas Generales

1. Contrato

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

La Aseguradora 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.

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

2. Temporalidad

Este contrato tiene vigencia durante el periodo de seguro que se indica en la carátula de la póliza.

3. Comunicaciones

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

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

4. Modificaciones

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

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

5. Moneda

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



6. Primas

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato.

El Contratante será el único responsable ante la Aseguradora 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 póliza.

La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Aseguradora 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 Aseguradora, o abonando en la cuenta que le indique esta última, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

7. Período 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 Aseguradora deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Beneficiario, la total de la prima faltante.

8. Terminación del Contrato

La terminación de este contrato puede darse por las siguientes causas:

- a. Al concluir la vigencia que se indica en la Carátula de la Póliza
- b. A falta de pago de primas, en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c. A la muerte del Asegurado.
- d. 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 puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación, esta fecha no puede ser anterior a la fecha en que la Aseguradora reciba el documento. En este caso, la Aseguradora se obliga a devolver la prima no devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato.

En este caso, en el mismo escrito que dirija a la Aseguradora, 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 Aseguradora realizará el pago a que se refiere este párrafo dentro de los 10 días hábiles siguientes en que reciba la solicitud. En caso de que el Contratante no indique la forma en que desea le sea realizada la devolución, la Aseguradora procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de ésta.



9. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de p
Contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los 30 días siguientes en que ha
sus efectos, siempre que cumpla con lo siguiente:

- a. El Contratante lo solicite por escrito a la Aseguradora.
- b. Los Asegurados cumplan con los requisitos de asegurabilidad que la Aseguradora requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- c. Pagar el importe del ajuste correspondiente al 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 Aseguradora comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

10. Renovación

La Aseguradora renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. En cada renovación se aplican las primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. La solicitud deberá ser presentada a la Aseguradora con al menos 30 días de anticipación a la fecha de terminación de la vigencia de la póliza activa.

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

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

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

11. Edad

Para efectos de este seguro, se considera como edad del Asegurado, los años cumplidos que tenga a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

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

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

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

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

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



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

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

IV.- Si con posterioridad a la ocurrencia de un siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud de aseguramiento, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Cobertura	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Muerte Accidental	12 años	69 años	70 años
Gastos Funerarios por Accidente para mayores de 12 años	12 años	69 años	70 años
Gastos Funerarios por Accidente para menores de 12 años	30 días de nacido	12 años	13 años
Pérdidas Orgánicas	30 días de nacido	69 años	70 años
Indemnización de Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	69 años	70 años
Renta diaria por hospitalización	12 años	69 años	70 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	12 años	69 años	70 años
Incapacidad Total Temporal por Accidente	12 años	69 años	70 años

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

En las coberturas de muerte, para los menores de 12 años se consideran gastos funerarios con suma asegurada máxima limitada a 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de Medida y Actualización) vigente a la fecha del siniestro. La suma asegurada se establecerá en la carátula de la póliza.

Si se descubre que el Asegurado se encontraba fuera de los límites de aceptación por edad al momento de la contratación, quedará sin efecto este contrato y la Aseguradora deberá devolver al Contratante el importe de la prima correspondiente.

12. Participación de Utilidades

El presente contrato no genera participación de utilidades.

13. Beneficiarios

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

- En primer lugar al Cónyuge, concubina (o) o conviviente del Asegurado;
- En caso de ausencia del anterior, corresponderá a los hijos del Asegurado en partes iguales;
- En caso de ausencia de los anteriores, corresponderá a los Padres del Asegurado por partes iguales;



- 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 Aseguradora.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Aseguradora 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 Aseguradora 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.

14. 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.

15. Competencia

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

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



16. Identificación del Cliente

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 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 Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en el momento en que ésta se los requiera.

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

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

18. Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, de acuerdo al Artículo 50 Bis de la misma Ley. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

19. Notificación de Reclamaciones

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

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

20. Pago de reclamaciones

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

En el caso de la cobertura de pago de gastos médicos por accidente, la Aseguradora previo acuerdo con el Asegurado o su representante, en caso de que el Asegurado sea menor de edad, podrá pagar directamente al prestador de servicios médicos, previa presentación de la factura correspondiente. La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete, prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes, conforme al Gasto Usual y Acostumbrado.



La Aseguradora no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

Tampoco se cubren gastos no relacionados con el tratamiento tales como pañuelos desechables, cremas, lociones, caja fuerte, servicio telefónico, televisión, restaurante o cafetería, etc.

Los costos de hospitales, clínicas o médicos que estén en convenio con la Aseguradora, serán cubiertos con base en los tabuladores pactados previamente con ellos, los cuales se harán constar en los contratos respectivos.

Para los hospitales, clínicas o médicos que no estén en convenio con la Aseguradora, los costos serán cubiertos con base al Gastos Usual y Acostumbrado.

En todos los casos, la Aseguradora pagará, previa comprobación y una vez superado el deducible establecido, hasta por la suma asegurada contratada, siempre que el gasto médico se origine dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogó el primer gasto.

21. Entrega de Documentación Contractual

La Aseguradora 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:

- a. De manera personal al momento de contratar el Seguro, en cuyo caso el Asegurado firmará el acuse de recibo correspondiente.
- b. Envío a domicilio por los medios que la Aseguradora utilice para el efecto, debiéndose recabar la confirmación del envío de los mismos.
- c. A través del correo electrónico del Asegurado, en cuyo caso deberá proporcionar a la Aseguradora 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 Aseguradora dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral a., y en los casos de los numerales b. y c., resguardará constancia de que usó 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 Aseguradora comunicándose al teléfono (55) 44338900; para que a elección del Asegurado, la Aseguradora 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 Aseguradora 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.



22. Comprobación del siniestro

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

PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR ACCIDENTE

Formato de reclamación
Carátula de la Póliza, si la tuviese
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Certificado de defunción, si lo tuviera
Acta de defunción del Asegurado
Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente
Acta de matrimonio actualizada o documento legal con el que se acredite la relación jurídica (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 la identificación oficial de los Beneficiarios
Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses
Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE

Formato de reclamación
Carátula de la Póliza, si la tuviese
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Certificado de defunción
Acta de defunción del Asegurado
Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,
Acta de matrimonio actualizada o documento legal con el que se acredite la relación jurídica (En caso de que el Cónyuge sea Beneficiario y se trate de los Gastos Funerarios del Asegurado Titular)
Acta de nacimiento de los beneficiarios (en caso de los hijos sean beneficiarios y se trate de los Gastos Funerarios del Asegurado Titular)
Acta de nacimiento del Asegurado (en caso de que los padres sean los beneficiarios y se trate de los Gastos Funerarios del Asegurado Titular)
Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,
Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses
Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago

En caso de reclamar la cobertura de Muerte por Accidente o Gastos Funerarios por Accidente de alguno (s) de los Asegurados Adicionales, documento legal en el cual se acredite el parentesco.

PARA LAS COBERTURAS DE PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA A O ESCALA B POR ACCIDENTE, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y PAGO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE

Formato de reclamación y aviso de accidente
Carátula de la Póliza, si la tuviese
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera
Copia de identificación oficial del Asegurado
Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a tres meses
Original del dictamen de Incapacidad, Invalidez o Pérdidas Orgánicas
Historial clínico, informe médico, estudios de laboratorio y gabinete
Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.
Encabezado de estado de cuenta bancario del Asegurado, para efectos de realizar el pago



Para la cobertura de Pago de Gastos Médicos por Accidente, además deberá presentar las facturas que amparen los gastos médicos erogados con motivo del accidente cubierto.

Con fundamento en lo establecido en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

III. Coberturas

El presente contrato ampara las coberturas contratadas y que se encuentran expresamente indicadas como cubiertas en la Carátula de la Póliza. La responsabilidad máxima de la Aseguradora será el monto de la Suma Asegurada contratada para cada cobertura amparada y se encuentra estipulada de igual manera en la Carátula de la Póliza.

Muerte por Accidente

La Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados Adicionales: al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado Titular; y estarán identificados con tal carácter en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

Para menores de doce años la cobertura tiene como objeto cubrir gastos funerarios y por lo tanto la suma asegurada no podrá ser mayor al equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA vigente a la fecha del siniestro.

Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años

La Aseguradora pagará al Asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado mayor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular a consecuencia de un accidente cubierto, la indemnización para esta cobertura se efectuará al (los) Beneficiario (s) designado (s).

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados Adicionales, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular; y estarán identificados con tal carácter en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años

La Aseguradora pagará al Asegurado Titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza y nunca podrá exceder al equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de Medida y Actualización) vigente a la fecha del siniestro.



Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente

El Contratante tendrá la opción de elegir entre la Escala A o la Escala B, lo cual se hará constar en la carátula de la póliza.

a) Escala A.

La Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular o meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

b) Escala B

La Aseguradora pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:



Pérdidas Orgánicas	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %
Una mano y un pie	100 %
Una mano y la vista de un ojo	100 %
Un pie y la vista de un ojo	100 %
Una mano o un pie	50 %
La vista de un ojo	30 %
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25 %
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25 %
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25 %
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20 %
El pulgar de cualquier mano	15 %
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15 %
El índice de cualquier mano	10 %
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5 %

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados Adicionales, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular; y estarán identificados con tal carácter en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

Cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Ampara el riesgo de someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, hospitalización, hacer uso de servicios de enfermería, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente cubierto hasta por la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, excepto en los accidentes relacionados con rodilla, muñeca y nariz cuya suma asegurada estará limitada mediante el ENDOSO ESPECIAL anexo a la presente póliza.

Es importante resaltar que los insumos de órtesis como: bota Walker, bota de rehabilitación, caminador Darco, Daonsa y similares, se cubrirán al tope máximo del valor mensual de una UMA de la fecha en que se origine el gasto.

En el caso de rehabilitación física se cubrirá como tope máximo de 30 sesiones; por cada 10 sesiones se solicitará informe médico con la actualización del estado clínico del Asegurado y aplicará el tabulador mencionado en la definición de gastos usual y acostumbrado.



Para los procedimientos por lesiones en columna, la Aseguradora tendrá la facultad de solicitar una segunda opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora siendo el dictamen de este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

El uso de ambulancia se cubrirá solo en caso de urgencia médica derivada de un accidente cubierto; es decir toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera una actuación médica inmediata.

La Aseguradora pagará, previa comprobación y una vez superado el deducible establecido en su caso, el costo de los mencionados tratamientos hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que la atención médica inicie dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la suma asegurada de esta cobertura o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero. Si el Asegurado no requiere de tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la Aseguradora.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados Adicionales, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular; y estarán identificados con tal carácter, en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

Si al momento de la reclamación, el Asegurado contara con un seguro que tuviera amparada total o parcialmente esta cobertura ya sea con la Aseguradora u otra Institución de Seguros, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, ya sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar copias de pagos y finiquitos que le hayan expedido en otras aseguradoras con relación al siniestro reclamado.

En los términos de esta póliza, queda entendido que el Asegurado elige voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud a consecuencia del accidente cubierto, por lo que la Aseguradora no será responsable de cualquier práctica o atención médica por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral, o de cualquier otro tipo con motivo de dicha atención médica.

Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

La Aseguradora pagará al Asegurado hasta el importe estipulado en la carátula de la póliza, por cada día completo (24 horas) que permanezca hospitalizado por un accidente cubierto, teniendo como límite los días estipulados en la carátula de la póliza.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados Adicionales: al cónyuge y a los hijos del Asegurado titular; y estarán identificados con tal carácter en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado sufre un accidente que le cause estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen de estado de Invalidez Total y Permanente.

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas que demuestren o corroboren dicha condición y después de que hayan transcurrido seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.



También se considera estado de invalidez total y permanente, sin que opere el período de espera de 6 meses, los siguientes eventos:

- La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo
- La pérdida de ambas manos o de ambos pies
- La pérdida de un pie y la vista de un ojo
- La pérdida de una mano y de un pie

Para efectos de esta cobertura se entiende por pérdida:

- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella
- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella
- De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados Adicionales, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular; y estarán identificados con tal carácter en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

Incapacidad Temporal por Accidente

Si como consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado sufriera un estado de incapacidad total temporal, la Aseguradora pagará en una sola exhibición la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, siempre que la incapacidad sea mayor o igual a doce días.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular; y estarán identificados con tal carácter en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

Pruebas para las coberturas de Invalidez Total y Permanente e Incapacidad Temporal

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal del Asegurado, se requerirá la presentación a la Aseguradora 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 o Incapacidad Temporal.

En caso de que la Aseguradora cuente con evidencias de que el estado físico del Asegurado, al momento de la reclamación, no deriva en una Invalidez total y Permanente o Incapacidad Temporal, no se considerará como definitivo el dictamen emitido a que se hace referencia en el párrafo anterior, por lo que la Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal. 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.



IV. Exclusiones

No se cubrirán los siniestros cuando sean a consecuencia de:

- a) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), alborotos populares o revolución,**
- b) Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el haya sido el provocador,**
- c) Cualquier forma de navegación submarina,**
- d) Riesgo no cubierto por este contrato,**
- e) Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinflingidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen,**
- f) Cuando el Asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas, enervantes, estimulante o similares, excepto si fueron prescritas por un médico,**
- g) Explosiones nucleares o radioactivas o por contaminación radioactiva,**
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos,**
- i) Pruebas de velocidad o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo,**
- j) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres,**
- k) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- l) Envenenamientos de cualquier naturaleza o inhalaciones de gas de cualquier tipo, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.**

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para la cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente:

- a) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- c) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.**
- d) Práctica profesional de cualquier deporte.**



e) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

El contrato de seguro no cubre gastos médicos derivados de:

- a) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- b) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada, que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- c) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente lo establecido en el punto 14 del apartado de "Definiciones".
- d) Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine)
- e) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- f) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para la cobertura de Gastos Médicos por Accidente:

- a) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- c) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- d) Práctica profesional de cualquier deporte.
- e) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.
- f) La reposición de prótesis dentales, alveolares o gingivales, de aparatos ortopédicos, así como prótesis auditivas y/o implantes auditivos y/o auxiliares para mejorar la audición, que el Asegurado ya utilizaba, cualquiera que sea su tipo y sin importar la naturaleza o causa de su reposición.



EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE RENTA DIAR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE

No se pagará la suma asegurada si la hospitalización es derivada de:

- a) 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.
- b) 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 la Aseguradora. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.
- c) El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional.
- d) 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
- e) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias
- f) Una enfermedad psíquica o nerviosa
- g) Un chequeo médico
- h) Una interrupción voluntaria del embarazo
- i) Un estado de demencia
- j) Las estancias en hospital y/o clínicas para curas de desintoxicación alcohólica
- k) Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades
- l) Diálisis y hemodiálisis
- m) 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



- n) **Padecimientos o enfermedades preexistentes.**
- o) **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**
- p) **El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Aseguradora 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.**

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso para la cobertura de Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente:

Se ampara las siguientes actividades mediante convenio expreso y señaladas en la carátula de la póliza bajo el cobro de la prima correspondiente:

- a) **Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado como conductor o competidor en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- b) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto cuando se haya contratado el o los Endosos Uso de Motocicleta como Herramienta de trabajo y Uso de motocicleta como medio de transporte.**
- c) **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.**

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

- a) **Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.**
- b) **Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes, según se definen en estas condiciones.**
- c) **Reclamaciones relacionadas con tratamientos psiquiátricos,**



psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, excepto si se demuestra que son consecuencia de un accidente.

V. Endosos

Por las características de los siguientes beneficios, éstos se otorgarán sin pago de Primas siempre y cuando se encuentren descritas en la Caratula de la Póliza y mientras ésta se encuentre en vigor.

Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente

Por medio de este endoso se otorga, al momento de enterarse del fallecimiento a causa de un accidente del Asegurado, a los Beneficiarios designados en la proporción que les corresponda, un anticipo de la Suma Asegurada igual al 30% de la Suma Asegurada por el Beneficio de Muerte Accidental con tope de \$100,000 M.N. Esta cantidad será descontada de la liquidación final a la que los Beneficiarios tuviesen derecho.

Para efectos del pago a los Beneficiarios, estos deberán presentar la siguiente documentación para tramitar el pago del anticipo:

Certificado de defunción (copia)
Carpeta de Investigación del Ministerio Público
Carátula de la Póliza, si la tuviese.
Copia de identificación oficial del Beneficiario.
Documento mediante el cual se acredite el parentesco con el Asegurado, en su caso.

En caso de que se compruebe que el pago no fuese procedente, los Beneficiarios a los que se les hubiese pagado el anticipo deberán devolver los montos indemnizados en su totalidad.

Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas

Por medio del presente endoso se hace constar que en caso de que el Asegurado fallezca o sufra una pérdida orgánica cubierta como consecuencia de un accidente; la Aseguradora indemnizará la Suma Asegurada contratada siempre y cuando el fallecimiento o la pérdida orgánica ocurra dentro de la vigencia de la póliza y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente.

Lesiones por ingesta de alcohol

Por medio del presente endoso se cubre el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de un accidente cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando él no sea responsable y así conste en la carpeta de investigación del Ministerio Público.

El sólo hecho de ser responsable del accidente al encontrarse bajo los efectos del alcohol se considerará culpa grave por lo que la Aseguradora queda eximida de cualquier pago.

Aviación particular

Por medio del presente endoso se cubre el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero a bordo de una aeronave privada, aerotaxis y aviones fletados entendiéndose como aeronave privada un avión de línea no comercial, siempre y cuando los vuelos que se efectúen no excedan 100 horas anuales. El piloto de la aeronave deberá contar con licencia vigente que lo acredite como tal.

Quedan incluidos los Accidentes que ocurran cuando el Asegurado viaje a bordo de helicópteros.



Este endoso no aplica a los Asegurados cuyas actividades sean similares a las que a continuación se enuncian pero no limita: pilotos y copilotos de aeronaves y sobrecargos.

Lesiones por actos delictivos

Por medio del presente endoso se cubre el siniestro que sufra algún Asegurado derivado de actos delictivos en los que participe de forma involuntaria como sujeto pasivo. Por lo anterior se deberá presentar copia de la Carpeta de Investigación del Ministerio Público certificada por el mismo, en donde se acredite que el evento que ocasionó las lesiones fue contra su voluntad.

Deportes peligrosos

Por medio del presente endoso se cubre el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de la práctica amateur de deportes peligrosos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultraligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia, así como otras actividades deportivas igualmente peligrosas, siempre y cuando estas actividades hayan sido realizadas bajo la supervisión de un instructor.

Adicional a lo anterior se incluye el uso recreativo u ocasional de motocicletas, cuatrimotos o motonetas.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del Asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

Uso de motocicleta como herramienta de trabajo

Por medio del presente endoso el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido cuando éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura aplicará únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que el Asegurado utilice la motocicleta como herramienta de trabajo.
- b) Que el accidente ocurra en horario laboral, desempeñando actividades propias de su trabajo y dentro de los límites de la entidad federativa donde se encuentra ubicado el Contratante.
- c) El Asegurado deberá utilizar el equipo reglamentario de seguridad y contar con licencia de motociclista en vigor.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del Asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

Uso de motocicleta como medio de transporte

Por medio del presente endoso se cubre el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido cuando éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del Asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.



Nivel Hospitalario

Pago Directo: Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Medio, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo.

Para efectos del contrato de seguro y el presente endoso el Pago Directo es el beneficio mediante el cual la Aseguradora coordina y paga directamente al hospital y/o al médico con el cual se ha celebrado convenio, por servicios médicos prestados a los Asegurados de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la cobertura reclamada.

Reembolso: Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Alto, la indemnización se realizará únicamente vía Reembolso, aplicando el tabulador vigente al momento del siniestro. Así mismo se aplicará una penalización de \$1,000 M.N. como deducible, adicional a lo ya contratado.

Para efectos del contrato de seguro y el presente endoso, Reembolso es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. La Aseguradora reintegrará al Asegurado la suma que resulte después de aplicar el deducible correspondiente.

Todas las indemnizaciones vía Reembolso cubiertas por la Aseguradora serán liquidadas al Asegurado afectado, al Contratante, al Asegurado Titular o a quien acredite haber realizado el gasto. Todos los comprobantes deberán ser originales y nunca en copias fotostáticas o recibos provisionales, en los cuales deberá constar el nombre del Asegurado afectado.

Padecimientos Especiales

Para la cobertura de Ortesis, las Botas Walker, Botas de Rehabilitación, Caminador Darco, Daonsa y similares el monto máximo a indemnizar es de \$2,000 M.N. quedando las diferencias a cargo del Asegurado.

Para los procedimientos por lesiones en columna, la Aseguradora tendrá la facultad de solicitar una segunda 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.

Para los procedimientos por lesión de rodilla el monto máximo a indemnizar es de \$25,000 M.N. o la Suma Asegurada, lo que sea menor, quedando las diferencias a cargo del Asegurado.

Para los procedimientos por lesión de Nariz el monto máximo a indemnizar es de \$25,000 M.N. o la Suma Asegurada, lo que sea menor, quedando las diferencias a cargo del Asegurado, quedando las diferencias a cargo del Asegurado. **No se cubren procedimientos con fines estéticos.**

Para rehabilitación física se cubrirán bloques de 10 sesiones, por cada 10 sesiones se solicitará informe médico con la actualización del estado clínico del Asegurado, con tope de autorización de 30 sesiones máximo. Aplicará tabulador correspondiente.



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

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

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

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

LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Av. Insurgentes Sur No. 1228, Piso 7, Colonia Tlacoquemécatl, C.P. 03200, Ciudad de México

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS

FINANCIEROS (CONDUSEF)

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

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

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de Septiembre de 2019, con el número CNSF-S0120-0444-2019/CONDUSEF-003984-01.



Folleto de derechos básicos Contratante, Asegurado y Beneficiario



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

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



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



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



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



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



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



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

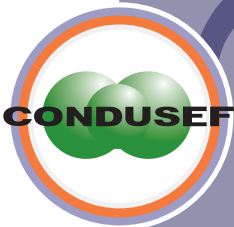
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

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

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 11 de Junio de 2019 , con el número **CGEN-S0120-0027-2019/G-01091-001**.