



ViCAPITAL
PROTECCIÓN Y AHORRO

CNSF-S0120-0245-2019





ViCAPITAL
PROTECCIÓN Y AHORRO

CNSF-S0120-0245-2019



Contenido

I) DEFINICIONES	4
Accidente	4
Anquilosis	4
Asegurado	4
Beneficiario	4
Compañía	4
Contratante	4
Endoso	4
Enfermedad	4
Enfermedad o Padecimiento Preexistente	4
Póliza	4
Prima	5
Suma Asegurada	5
Siniestro	5
II) CLÁUSULAS GENERALES	5
Contrato de Seguro	5
Modificaciones	5
Vigencia del Contrato	5
Beneficiarios	5
Omisiones o Declaraciones Inexactas	6
Pago de Primas	6
Pago Automático de Primas	7
Vencimiento del Pago	7
Rehabilitación	7
Terminación del Contrato	8
Suicidio	8
Interés Moratorio	8
Temporalidad del Plan	10
Renovación del Contrato	10
Moneda	10
Edades de Aceptación	10
Competencia	11
Acuerdo de Arbitraje	12
Comunicaciones	12
Disputabilidad	13
Prescripción	14
Notificación de Comisiones	14

Entrega de Documentación Contractual	14
Comprobación Del Siniestro	15
Uso de Medios Electrónicos	16
Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas	17
III) COBERTURA BASICA	18
1. Cobertura de Fallecimiento y Operación de la Póliza.....	18
Descripción de la Cobertura de Fallecimiento	18
Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal	18
Suma Asegurada	18
Fondo Acumulado	19
Liquidación del Fondo.....	19
Reservas Técnicas	19
Costo del Seguro	19
Cargo al Fondo	19
Valor en Efectivo.....	20
Valor de Rescate	20
Retiros.....	20
Formas Opcionales de Liquidación	21
Participación de las Utilidades.....	21
Estado de Cuenta	21
IV) COBERTURAS OPCIONALES.....	21
2. Gastos Funerarios	21
3. Coberturas de Muerte Accidental	22
Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental	22
Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental Colectiva	22
V) COBERTURAS ADICIONALES	23
4. Coberturas de Pérdidas Orgánicas	23
Pérdidas Orgánicas Tipo A.....	23
Pérdidas Orgánicas Tipo B.....	24
5. Coberturas de Invalidez Total y Permanente.....	25
Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente	25
Exención de Pago de Primas Vitalicia por Invalidez Total y Permanente.....	25
6. Coberturas por Cáncer	28
Pago de Suma Asegurada por Primer Diagnóstico de Cáncer	28
Pago de Suma Asegurada por Primer Diagnóstico de Cáncer Especial	28
Pago de Suma Asegurada por Fallecimiento por Cáncer	28
Pago de Suma Asegurada por Fallecimiento por Cáncer Especial	28
7. Coberturas de Graves Enfermedades	30
Pago de Suma Asegurada por Grave Enfermedad.....	30

8. Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización.....	32
Pago de Suma Asegurada por Indemnización Diaria por Hospitalización	32
9. Cobertura de Intervenciones Quirúrgicas	34
Pago de Suma Asegurada por Intervención Quirúrgica	34
LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	36

I) DEFINICIONES

Accidente

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

Anquilosis

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

Asegurado

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

Beneficiario

Persona física designada en la Póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.

Compañía

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

Contratante

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

Endoso

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

Enfermedad

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

Enfermedad o Padecimiento Preexistente

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

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

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

Póliza

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

Prima

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

Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura y que se encuentra descrita en la Carátula de la Póliza.

Siniestro

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

II) CLÁUSULAS GENERALES

Contrato de Seguro

La Póliza, la Solicitud de Aseguramiento, las Condiciones Generales y los Endosos que se agreguen a este contrato, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Modificaciones

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

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

Vigencia del Contrato

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

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

Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios, 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.

Los Beneficiarios designados tienen acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecienta por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

El Asegurado puede renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y conste en la presente Póliza, como lo previene el Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 176 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Advertencia

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.

Omissiones o Declaraciones Inexactas

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

Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.”

Artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario”

Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.”

Pago de Primas

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

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

La prima podrá ser pagada mediante cargos a una tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, conforme a la periodicidad que el Contratante haya solicitado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas no imputables a la Compañía, el Contratante se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o la fracción correspondiente en las oficinas de la Compañía, o bien, abonando a la cuenta bancaria que ésta le indique, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo será prueba plena del pago de ésta.

El Contratante podrá solicitar que el pago de la prima se realice a través de descuento a su nómina, teniendo la obligación de vigilar que en su recibo de pago se encuentre incluida la retención de prima pactada originalmente y en caso de que no aparezca dicha retención o ésta sea diferente, notificarlo inmediatamente a la Compañía a efecto de que se le indique la forma en que debe realizar el pago correspondiente a fin de que los efectos de la póliza no cesen automáticamente por falta de pago. En este caso, el Contratante deberá otorgar su consentimiento a la empresa para la cual labore a fin de que se hagan dichos descuentos. El recibo de nómina en donde conste el descuento de la prima, hará prueba plena del pago de ésta, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

Pago Automático de Primas

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

En caso de que el fondo sea insuficiente para el pago completo que sea necesario realizar, la póliza continua en vigor por los días que dicho saldo alcance a cubrir.

Vencimiento del Pago

La prima o cada una de sus fracciones vencen al inicio de cada período pactado.

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

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

Rehabilitación

La Compañía podrá rehabilitar este Contrato, si hubiera dejado de estar en pleno vigor, al satisfacerse los siguientes requisitos:

- a) El Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcione la Compañía.
- b) 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.

Terminación del Contrato

La Póliza termina sin obligación alguna para la Compañía:

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

No obstante lo anterior, el Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este contrato, mediante notificación escrita dirigida a la Compañía, en cuyo caso ésta devolverá la prima de tarifa no devengada a la fecha en que surta efecto la notificación, previa disminución del costo de adquisición total. Adicionalmente se liquidará el monto del fondo que exista a la fecha de la solicitud deduciendo el cargo por cancelación correspondiente.

En este caso, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, manifestará la forma en que desea le sea devuelta la cantidad correspondiente, ya sea a través de cheque o transferencia electrónica, para este caso, deberá incluir en el mismo documento el número de CLABE (Clave Bancaria Estandarizada) y la Institución Bancaria en donde mantiene su cuenta. La Compañía realizará el pago a que se refiere este párrafo dentro de los 10 días hábiles siguientes en que reciba la solicitud. En caso de que no indique la forma en que desea le sea realizada la devolución, la Compañía procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de ésta.

Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este Contrato, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, el pago único y total que hará la Compañía, es el importe del Fondo Acumulado.

Interés Moratorio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Temporalidad del Plan

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

Renovación del Contrato

Esta póliza podrá renovarse, previa solicitud por escrito que el Contratante dirija a la Compañía, dentro de los últimos veinte días naturales de la vigencia de la póliza.

En caso de que la Compañía acepte la renovación, informará al Contratante con al menos diez días naturales de anticipación a la renovación, los términos y condiciones en que éste se renovará.

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

La renovación siempre otorgará 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.

Moneda

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

Edades de Aceptación

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

Coberturas	Edades de Aceptación		Renovación	Cancelación
	Mínima	Máxima		
Cobertura Básica				
Cobertura de Fallecimiento	12	80	98	99
Coberturas Opcionales				
Gastos Funerarios Asegurado Titular y/o Cónyuge	12	80	98	99
Gastos Funerarios Hijos	0	24	24	25
Coberturas de Muerte Accidental	12	80	80	81
Coberturas Adicionales				
Coberturas de Pérdidas Orgánicas	12	80	80	81
Coberturas de Invalidez Total y Permanente	15	64	64	65
Coberturas de Graves Enfermedades	15	64	64	65
Coberturas por Cáncer	15	64	64	65
Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización	15	64	64	65
Cobertura de Intervenciones Quirúrgicas	15	64	64	65

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

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
- IV. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y/o consentimiento correspondiente, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Competencia

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

término de 2 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, según corresponda, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

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

Acuerdo de Arbitraje

En caso de que la Compañía 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.

Comunicaciones

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

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

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

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."

Disputabilidad

Este contrato será indisputable por cuanto a la rescisión a que se refiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde el momento en que cumpla un año de estar en vigor, contado a partir de la fecha de inicio

de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, siempre y cuando dicho término transcurra durante la vida del Asegurado; entendiéndose por esto que La Compañía renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisas, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

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

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescriben en cinco años tratándose de coberturas del riesgo de fallecimiento y en dos años para los demás casos. En todos los casos, los plazos son contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

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

Notificación de Comisiones

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

Entrega de Documentación Contractual

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

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

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

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

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

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

Comprobación Del Siniestro

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

FALLECIMIENTO

Formato de reclamación
Póliza original, si la tuviera
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Certificado de defunción, si lo tuviera
Acta de defunción del asegurado
Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,
Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,
Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses

GASTOS FUNERARIOS

Formato de reclamación
Póliza original, si la tuviera
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Certificado de defunción, si lo tuviera
Acta de defunción del asegurado
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,
Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,
Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses
En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno (s) de los dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.

MUERTE ACCIDENTAL

Formato de reclamación
Póliza original, si la tuviera
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
Certificado de defunción, si lo tuviera
Acta de defunción del asegurado
Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente
Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,
Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,
Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE/PÉRDIDAS ORGÁNICAS/GRAVES
ENFERMEDADES/CANCER/INDEMNIZACION DIARIA POR HOSPITALIZACION/ INTERVENCIONES
QUIRURGICAS**

Formato de reclamación
Póliza original, si la tuviera
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera
Copia de identificación oficial del Asegurado
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
Expediente clínico completo junto con las pruebas de laboratorio y estudios que se le hayan practicado al Asegurado

En caso de que el evento haya sido a consecuencia de un ACCIDENTE, además deberá presentar copia certificada completa de la carpeta de investigación correspondiente.

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

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

Uso de Medios Electrónicos**Contratación del Uso de Medios Electrónicos**

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

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

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

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

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

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

Terminación del Contrato de Seguro a través de Medios Electrónicos:

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

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

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

Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas

La Compañía ampliará el periodo de gracia para el pago de la prima o las fracciones que se hubiesen convenido, en caso de pago en parcialidades, por un plazo de 60 días naturales adicionales a los que actualmente se estipulan en el Contrato de Seguro. Si la prima no es pagada a las 12 horas del último día del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente, de conformidad con el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el cual a la letra refiere:

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.”

Para efectos de que este endoso sea válido, se deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) Que la prima o la fracción que corresponda no se encuentre pagada,
- b) Que la póliza se encuentre vigente al momento de emisión de este endoso
- c) Que la póliza no haya cesado sus efectos por falta de pago de la prima o fracción que corresponda,
- d) El vencimiento de pago de la prima o los vencimientos de los pagos de las fracciones deberán producirse dentro de la vigencia de la póliza.

Una vez aceptada la ampliación por parte del Contratante, la Compañía emitirá el documento en el que conste la ampliación materia de este endoso.

En caso de que se presente un siniestro amparado durante el transcurso del periodo de gracia original o de su ampliación contemplado en esta cláusula sin que la prima hubiera sido pagada, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

TRANSCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO:

Artículo 25.- “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."

III) COBERTURA BASICA

1. Cobertura de Fallecimiento y Operación de la Póliza

Descripción de la Cobertura de Fallecimiento

Si durante el plazo del seguro y estando vigente la póliza, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada.

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

En caso de requerirlo, La Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada que resulte de descontar a la suma asegurada básica el 50% (cincuenta por ciento) siempre que éste no sea superior a \$200,000.00 (doscientos mil pesos 00/100 M.N.), al momento de presentar las pruebas de su estado terminal a La Compañía, y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

Se considera que una enfermedad es terminal cuando ésta sea incurable a la fecha del diagnóstico y lleve irremediablemente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico – curativo, no paliativo que permita una supervivencia mayor a 365 días.

Para determinar el estado terminal del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica completa 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 un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad correspondiente.

La Compañía tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en la materia de la enfermedad relacionada al diagnóstico, para declarar la procedencia o improcedencia del pago del anticipo de la suma asegurada. En caso de que el médico dictaminador de La Compañía, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no es terminal, 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.

En todos los casos, los dictámenes médicos deberán señalar el pronóstico de vida del Asegurado.

No se considerará como tratamientos médicos aquellos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicos producidos por el mismo padecimiento; o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

Suma Asegurada

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

Fondo Acumulado

Todas las aportaciones que se realicen por concepto de primas básicas y adicionales, se destinan al fondo, deduciendo las primas de las coberturas contratadas vigentes.

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

Liquidación del Fondo

En caso de sobrevivencia del Asegurado, el fondo será liquidado:

- 1) En cualquier momento, durante de la vigencia de la póliza el Asegurado y/o Contratante tiene derecho a solicitar el retiro parcial del fondo acumulado o total equivalente al valor de rescate.
- 2) Al término de la vigencia del contrato.
- 3) Cuando el Contratante solicite la terminación anticipada de este contrato de seguro, se liquidará el valor de rescate.

El trámite de liquidación del fondo lo podrán realizar las personas autorizadas para realizar movimientos del fondo estipuladas en la solicitud. Para efectos de que se entreguen los recursos que existan en el fondo, el Contratante y/o Asegurado deberá entregar a la Compañía:

- Formato de reclamación, proporcionado por la Compañía, en dónde se indicará si solicita el pago a través de cheque o transferencia electrónica, en este último caso el número de cuenta CLABE bancaria para efectos de la transacción será el indicado en la solicitud. En caso de requerir cambio de cuenta CLABE bancaria, solo lo podrá realizar el contratante.
- Original de la póliza, si la tuviese
- Copia de identificación oficial del Contratante y/o Asegurado
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

Reservas Técnicas

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

Costo del Seguro

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

Cargo al Fondo

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

- i. Cargo al fondo por costo del seguro

La Compañía cobrará o descontará al fondo el importe correspondiente al costo del seguro, la deducción se hará según la forma de pago estipulada en la solicitud, en caso de que el fondo no tenga recursos suficientes, deberá darse aviso y en cuanto sea incrementado el fondo inmediatamente se deducirán los cargos o deducciones pendientes, este cargo no podrá ser cero en ningún caso salvo que la prima de riesgo ya haya sido liquidada con antelación.

ii. Cargo sobre intereses obtenidos por el fondo

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

iii. Cargo sobre el saldo del fondo

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

iv. Cargo por aportaciones

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

v. Cargo por retiros

La compañía podrá cobrar o cargar al fondo un monto sobre los movimientos que se generen por concepto de retiros parciales. Los cargos por retiros parciales **podrán aplicarse siempre y cuando excedan el número máximo de retiros sin costo** de acuerdo a lo que para tales efectos se estipule al momento de la contratación. El número de retiros sin costo para cada fondo será determinado por La Compañía basado en el número de retiros promedio esperado. Los cargos serán efectuados descontando del saldo remanente del fondo de tal manera que el retiro del asegurado no será disminuido.

Como propuesta inicial de retiros sin costo, se implementarán los siguientes valores:

- Esquema "Thona Ahorro" – 12 retiros sin costo
- Esquema "Thona Creciente" – 6 retiros sin costo
- Esquema "Thona Más" – 2 retiros sin costo

Cada "Esquema" se refiere a los rendimientos que se le acreditarán al asegurado con estricto apego a la política de inversión de La Compañía misma que se apega a los lineamientos de la normatividad aplicable.

Dicho número máximo de retiros sin costo podrá ser sujeta a cambios de acuerdo a la experiencia de la compañía.

vi. Cargo en monto fijo sobre el saldo del fondo

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

Valor en Efectivo

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

Valor de Rescate

El Asegurado y/o Contratante, de acuerdo a las personas autorizadas para realizar movimientos del fondo estipuladas en la solicitud, puede rescatar su seguro recibiendo el importe del fondo acumulado deduciendo el cargo por cancelación correspondiente, en este caso se terminará de manera definitiva este contrato.

Retiros

Durante la vigencia de la póliza el Asegurado y/o Contratante podrá en cualquier momento, hacer retiros parciales de su fondo acumulado. El monto del retiro parcial se deduce del fondo constituido. El

Asegurado y/o Contratante puede hacer cierto número de retiros sin costo al año de acuerdo con las políticas vigentes de la Compañía, que se dan a conocer al momento de la contratación y se muestran durante la vigencia de la póliza a través de los estados de cuenta que se envíen al Asegurado y/o Contratante, directamente en la Compañía o en la página Web de la misma.

Formas Opcionales de Liquidación

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

- a)** Pago Único. La Compañía pagará la suma asegurada o el fondo acumulado en una sola exhibición.
- b)** Fideicomisos. El Asegurado y/o el Contratante podrán contratar un fideicomiso para que la suma asegurada o el fondo acumulado, sea pagado de acuerdo con lo que se especifique en los contratos de Fideicomiso de la Compañía.
- c)** Otra. Todo monto pagadero bajo la póliza podrá ser cubierto mediante cualquier forma de liquidación establecida en la Carátula de la Póliza al momento de la contratación del seguro.

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

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

Participación de las Utilidades

Este contrato no tiene participación de utilidades.

Estado de Cuenta

La Compañía proporciona al Asegurado y/o Contratante un estado de cuenta trimestral, ya sea a través de medios electrónicos o en papel impreso, el cual contiene el nombre de la Compañía de seguros, nombre del Asegurado y/o del Contratante, número de póliza, identificación del producto, periodo que se informa, datos generales de la póliza, rendimiento de la inversión, resumen general y detalle de movimientos. Si el estado de cuenta no se envía en medios magnéticos, se entregará un estado de cuenta impreso al menos semestralmente.

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

IV) COBERTURAS OPCIONALES

Las coberturas que se presentan a continuación serán otorgadas como coberturas opcionales, es decir, podrán ser otorgadas como Coberturas Adicionales o como Coberturas Básicas.

2. Gastos Funerarios

Esta Cobertura podrá ser otorgada bajo alguna de las siguientes modalidades:

- Cobertura al Asegurado titular
- Cobertura al Asegurado titular y cónyuge
- Cobertura al Asegurado 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. Tratándose de los Hijos Asegurados menores de 12 años la suma asegurada será como máximo de 60 veces la UMA; Unidad de Medida de Actualización (UMA.- Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores, correspondiéndole al INEGI calcular dicho valor.)

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 decrete 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)

Cancelación automática de la Cobertura

Esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del asegurado titular, cónyuge e hijos sea la estipulada en la cláusula Edades de Aceptación.

3. Coberturas de Muerte Accidental

Estas condiciones aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza correspondiente.

Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental

El pago de la suma asegurada contratada se realizará al presentar las pruebas irrefutables de que el Asegurado falleció a consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

Pago de Suma Asegurada por Muerte Accidental Colectiva

El pago de la suma asegurada contratada se realizará al presentar las pruebas irrefutables de que el Asegurado falleció a consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y la muerte se origine:

- a) Mientras viaje como pasajero en algún vehículo no aéreo, operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- b) Mientras haga uso de un ascensor que opere para servicio al público; o

- c) A causa de incendio en algún teatro, hotel u otro edificio abierto al público en el que se encuentre al iniciarse el incendio.

Cancelación Automática para las coberturas de Muerte Accidental

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

Exclusiones para las Coberturas de Muerte Accidental

Estas Coberturas no serán procedentes cuando la muerte accidental sea originada o derivada de:

- a) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Aquellas que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes
- e) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- f) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas o enervantes, excepto si fueron prescritas por un médico.
- g) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

V) COBERTURAS ADICIONALES

4. Coberturas de Pérdidas Orgánicas

Pérdidas Orgánicas Tipo A

La Compañía 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, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y la póliza se encuentre en vigor a la fecha del accidente.

La indemnización que se otorgará 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:

- 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 podrá ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

Pérdidas Orgánicas Tipo B

La Compañía 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, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y la póliza se encuentre en vigor a la fecha del accidente.

La indemnización que se otorgará 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 %
Tres dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30 %
Amputación parcial del pie, comprendiendo todos los dedos	30 %
Tres dedos que no sean el pulgar y 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 o meñique	5 %

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

- De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
- De los dedos, su anquilosis o separación de dos falanges completas cuando menos.
- 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 podrá ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

Cancelación Automática para las coberturas de Pérdidas Orgánicas

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

Exclusiones para las coberturas de Pérdidas Orgánicas

Estas Coberturas no serán procedentes cuando la pérdida orgánica sea originada o derivada de:

- a) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Aquellas que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes
- e) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- f) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas o enervantes, excepto si fueron prescritas por un médico.
- g) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

Salvo pacto en contrario, pérdidas orgánicas que se originen por participar en actividades como:

- h) 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.
- i) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- j) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- k) Práctica profesional de cualquier deporte.
- l) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.

5. Coberturas de Invalidez Total y Permanente

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza correspondiente.

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

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

Exención de Pago de Primas Vitalicia por Invalidez Total y Permanente

Si el Asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente o enfermedad, La Compañía le proporcionará al Asegurado una Póliza de seguro con cobertura por fallecimiento donde

hace constar que queda asegurado durante toda su vida sin más pago de Primas, mientras dure el estado de invalidez por la misma Suma Asegurada que tenía al momento de invalidarse.

Para efectos de que aplique este beneficio, deberá haber transcurrido un periodo de espera contratado, el cual podrá ser de 0, 3 o 6 meses, contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

Exención de Pago de Primas Temporal por Invalidez Total y Permanente

Si el Asegurado se Invalida Total y Permanentemente a causa de un accidente o una enfermedad, ocurridos durante la vigencia de esta cobertura, la Compañía le eximirá del pago de las primas que venzan después de la fecha en que se compruebe el estado de invalidez total y permanente hasta que termine la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.

Para efectos de que aplique este beneficio, deberá haber transcurrido un periodo de espera contratado, el cual podrá ser de 0, 3 o 6 meses, contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de estas coberturas, se considera invalidez total y permanente, la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten a procurarse mediante el desempeño de su trabajo habitual una remuneración superior al 50% de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para determinar el estado de invalidez, se requiere que ésta haya sido continua por un período no menor al periodo de espera contratado y que no sea susceptible de ser corregida utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, o cuando existiendo éstos, no sean accesibles para el Asegurado.

También se considera invalidez total y permanente, la pérdida absoluta e irreparable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

Para efectos de estas coberturas se entiende por pérdida:

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

El pago de la suma asegurada o la exención de pago de primas se realizan después de que haya transcurrido el periodo de espera correspondiente, contado a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo. El periodo de espera no opera en caso de que la invalidez total y permanente sea a consecuencia de pérdidas orgánicas.

Pruebas

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

En caso de que la Aseguradora cuente con evidencias de que el estado físico del Asegurado al momento de la reclamación no deriva en una Invalidez Total y Permanente, no se considerará definitivo el dictamen emitido a que se hace referencia en el párrafo anterior, por lo que 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.

Cancelación Automática para las coberturas de Invalidez Total y Permanente

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

Exclusiones para las coberturas de Invalidez Total y Permanente:

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

- a) **Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.**
- c) **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- d) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- e) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de Compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- f) **Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- g) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**
- h) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte**
- i) **Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente cubierto.**
- j) **Radiaciones ionizantes.**
- k) **Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Lesiones o muerte que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.**

- l) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.**
- m) Enfermedades preexistentes, siempre y cuando la enfermedad preexistente tenga un pronóstico médico que claramente indique que dicha enfermedad llegará a generar un estado de invalidez futuro.**

6. Coberturas por Cáncer

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contratan estas coberturas y así aparece indicado en la carátula de la póliza correspondiente, en caso de que se contraten dos o mas de las coberturas descritas en este apartado, en caso de ocurrir la eventualidad asegurada, éstas coberturas no son excluyentes una de otras.

Pago de Suma Asegurada por Primer Diagnóstico de Cáncer

Si durante la vigencia de la póliza, al Asegurado se le realiza un primer diagnóstico de cáncer de cualquier tipo, la Compañía le pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza y no es reinstalable en el año de vigencia en que ocurra el evento.

Pago de Suma Asegurada por Primer Diagnóstico de Cáncer Especial

Si durante la vigencia de la póliza, al Asegurado se le realiza un primer diagnóstico de cáncer de mama, ovario o útero y próstata, la Compañía le pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza y no es reinstalable en el año de vigencia en que ocurra el evento.

Pago de Suma Asegurada por Fallecimiento por Cáncer

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 siempre y cuando el fallecimiento sea causa directa de cáncer.

Esta cobertura tiene un periodo de espera de 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza.

Pago de Suma Asegurada por Fallecimiento por Cáncer Especial

La Compañía pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, conforme a las condiciones generales de la póliza, cuando reciba las pruebas fehacientes, tanto del hecho y la causa del fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando el fallecimiento sea a causa directa de cáncer de mama, ovario o útero y próstata, y el fallecimiento haya ocurrido durante la vigencia de la cobertura.

Definiciones para coberturas de Cáncer

- **Cáncer**

Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia del estudio histopatológico correspondiente. El término "cáncer" incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

- **Cáncer 'in situ'**

El cáncer “in situ” es un crecimiento de células cancerosas localizado, que al momento de la cirugía se extirpa totalmente y en el estudio histopatológico se describe a la pieza quirúrgica con bordes libres de células tumorales.

- **Primer Diagnóstico**

Para efectos de este seguro se entenderá como primer diagnóstico, aquel diagnóstico clínico de cáncer que se haya dictaminado al Asegurado para determinar por primera vez la existencia de cualquier tipo de cáncer, en cualquier parte del cuerpo.

- **Cáncer de mama o de seno**

Es la afectación del tejido mamario por la presencia de tumores de células malignas con un crecimiento desordenado y que puede afectar diferentes partes de la glándula mamaria.

- **Cáncer de ovario**

Es el desarrollo de tumores a partir del tejido ovárico con la presencia de células malignas y crecimiento desordenado.

- **Cáncer de útero o cervicouterino**

Es la presencia de tejido neoplásico maligno en el cuello del útero (cérvix).

- **Cáncer de próstata**

Formación de células malignas (cancerosas) en los tejidos de la próstata.

- **Cáncer Preexistente**

Se considerará preexistente el Cáncer:

- a) que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o
- b) diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o
- c) por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico

El criterio que se tomará para considerar los incisos a) y b) anteriores, será la existencia de un dictamen médico en el cual se haga constar que la enfermedad tuvo sus primeras manifestaciones antes del inicio de vigencia de la póliza

Comprobación

Para que la Compañía pague la suma asegurada de la(s) cobertura(s) contratada(s), el Asegurado o sus Beneficiarios deberán presentar ante la Compañía un dictamen emitido por el médico o médicos que hubieren atendido al Asegurado, así como el estudio histopatológico, todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen.

En el caso de la cobertura por Primer Diagnóstico, la Compañía a su costa tendrá derecho de solicitar al Asegurado, que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado se niegue a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad de pago de la indemnización convenida.

Pruebas

El Asegurado debe presentar a la Compañía, pruebas de haber sido por primera vez diagnosticado; sin embargo, la Compañía se reserva el derecho a verificar y a designar a una persona que corrobore dicho estado y su primicia, dicha designación recae en el médico que para tal efecto señale la Compañía.

Cancelación Automática para las coberturas por Cáncer

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

Exclusiones para las Coberturas por Cáncer

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) **Diagnóstico o fallecimiento por cualquier enfermedad distinta al tipo de cáncer especificado en la cobertura contratada.**
- b) **El diagnóstico de cáncer mediante el uso de rayos X; así como, cualquier procedimiento de diagnóstico o prueba de laboratorio o gabinete relacionado a la radioterapia.**
- c) **Cáncer “in situ”.**
- d) **Cáncer de piel, excepto melanoma maligno.**
- e) **Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.**
- f) **Cualquier tipo de cáncer no especificado en los Tipos de Cáncer Cubiertos**
- g) **Cáncer preexistente.**

7. Coberturas de Graves Enfermedades

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza.

Pago de Suma Asegurada por Grave Enfermedad

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en caso de que al Asegurado se le diagnostique una Grave Enfermedad. Se entenderá por Grave Enfermedad cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen por primera vez durante el período de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

a) **Infarto al Miocardio.**

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

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

b) **Accidente Vascular Cerebral (AVC).**

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

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

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

c) **Trasplante de órganos vitales**

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

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

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis:

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

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

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

f) Cáncer:

Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia del estudio histopatológico correspondiente. El término "cáncer" incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

Comprobación

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

Pruebas

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

Certificación Médica

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

Cancelación Automática para la cobertura de Graves Enfermedades

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

Exclusiones para la cobertura de Graves Enfermedades

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

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

- c) **Enfermedades acompañadas por una infección VIH.**
- d) **Tratamientos previos a un trasplante.**
- e) **Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**
- f) **Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.**
- g) **Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo “sten” y similares.**
- h) **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.**
- i) **El caso de periodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.**
- j) **Enfermedades preexistentes**

8. Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza.

Pago de Suma Asegurada por Indemnización Diaria por Hospitalización

La Compañía pagará al Asegurado el importe estipulado en la carátula de la póliza por cada día completo (24 horas) que permanezca hospitalizado por accidente o enfermedad.

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

El plazo de esta cobertura es igual al del seguro.

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

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

Para efectos de indemnización los tipos de eventos de esta y las demás coberturas son excluyentes entre sí, por lo que si en un determinado caso son aplicables las definiciones de más de un tipo de evento cubierto, sólo se pagará la suma asegurada mayor, si el riesgo amparado no se realiza al término del plazo del seguro, éste concluye sin obligación alguna por parte de la compañía con respecto al mismo.

El seguro tiene plazo de un año o de plazos menores y pudiendo ser renovado por periodos de igual duración al originalmente contratado, siempre que la edad de aceptación del asegurado se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos y se satisfagan los requisitos de aceptación marcados por la compañía.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente de la suma asegurada de cualquier otra cobertura.

Cancelación Automática para la cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización

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

Exclusiones para la Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- 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 el Asegurador. 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) Revisión médica sin que sea a consecuencia de una enfermedad o accidente.**
- g) Una interrupción voluntaria del embarazo**
- h) Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado**
- i) El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente**
- j) En caso de hospitalización por accidente, un estado alcohólico caracterizado por un nivel de alcohol en sangre superior a 80 miligramos de alcohol por 100 mililitros de sangre o 0.40 miligramos de alcohol de aire espirado, en vigor el día del siniestro.**
- k) Las estancias en hospital y/o clínicas para desintoxicación alcohólica, de drogas y/o enervantes.**
- l) Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades**
- m) Diálisis y hemodiálisis**
- n) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva**
- o) Las enfermedades y accidentes que se produzcan por consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad del estado en tiempos de paz**
- p) 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 esquí y la práctica profesional de deportes

- q) **Padecimientos o enfermedades preexistentes durante los primeros 18 meses de cobertura ininterrumpida del Asegurado.**
- r) **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**
- s) **El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Compañía abonará únicamente la indemnización correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica, requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.**

9. Cobertura de Intervenciones Quirúrgicas

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicado en la carátula de la póliza correspondiente.

Pago de Suma Asegurada por Intervención Quirúrgica

El pago de la suma asegurada contratada se realizará al presentar las pruebas irrefutables de que el Asegurado sufra de uno de los eventos señalados en este apartado, dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando se cumplan las definiciones y lineamientos.

Evento Cubierto

Se entenderá por Evento Cubierto las intervenciones Quirúrgicas Tipo 1 e Intervenciones Quirúrgicas Tipo 2 de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

Se entenderá por Intervención Quirúrgica la práctica con fines terapéuticos de incisiones en cualquier parte del cuerpo con el fin de corregir anomalías o extraer cuerpos extraños, órganos o tumores; las intervenciones quirúrgicas requieren para su realización procedimientos anestésicos ya sean locales o generales.

- a) Se entenderá como Intervención Quirúrgica Tipo 1 aquellas en las que se abran las siguientes cavidades: el cráneo, el tórax, el abdomen o el cuello, así como las intervenciones de columna vertebral.
- b) Se entenderá como Intervención Quirúrgica Tipo 2 aquellas que no cumplan con la señalada en las de Tipo 1, es decir fuera de las cavidades.

Para las intervenciones quirúrgicas siguientes aplicará un periodo de espera de 180 días:

- a) Cirugías de hernias de cualquier tipo.
- b) Cirugías de tumores benignos de piel, tejido celular subcutáneo y adiposo. Lipomas.
- c) Cirugías de vesícula biliar.

Para efectos de esta cobertura solo se considerarán como eventos cubiertos las intervenciones quirúrgicas que se realicen en el territorio nacional.

Una vez que se ha presentado un evento de esta cobertura, y se haya hecho el pago de la indemnización correspondiente, **esta cobertura quedará cancelada de forma definitiva para el Asegurado sin la posibilidad de reinstalarse en el año de vigencia en que ocurra el evento ni en las subsecuentes renovaciones.**

Indemnización por evento

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

Para efectos de indemnización los dos tipos de eventos son excluyentes entre sí por lo que si en un determinado caso son aplicables las definiciones de más de un tipo de evento cubierto, solo se pagará la suma asegurada mayor.

En caso de que debido a un Evento Cubierto el Asegurado se vea imposibilitado físicamente para reclamar el pago de la Suma Asegurada que le corresponda, La Compañía efectuará el pago a la persona que presente la reclamación y los documentos que acrediten sus facultades de representación legal del Asegurado.

Comprobación

En el caso de Intervenciones Quirúrgicas para comprobar la ocurrencia se requerirá la presentación de:

- Copia de la factura hospitalaria si la intervención se realizó en institución privada.
- Carta comprobatoria en original y en papel membretado o sellado en la que conste el internamiento y el motivo del mismo, si la intervención se llevó a cabo en institución pública.
- Informe del cirujano (formato proporcionado por la Compañía).
- Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.
- Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado

Pruebas

La Compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del evento. En caso de que el médico dictaminador de la Compañía no ratifique el dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente, cuyo cargo correrá a cargo del Asegurado, siendo 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.

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

Esta cobertura solo se pagará una vez por Asegurado por vigencia.

Si el riesgo amparado no se realiza al término del plazo del seguro, éste concluye sin obligación alguna por parte de la Compañía con respecto al mismo.

La Suma Asegurada de esta cobertura es independiente de la suma asegurada de cualquier otra cobertura.

Cancelación Automática de la cobertura de Intervenciones Quirúrgicas

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

Exclusiones para la Cobertura de Intervención Quirúrgica

Esta Cobertura presenta las exclusiones siguientes:

- a) Toda intervención quirúrgica relacionada con enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
- b) Toda intervención quirúrgica tendiente a la corrección de problemas o defectos congénitos.
- c) Toda intervención quirúrgica relacionada con la maternidad, infertilidad, esterilidad e impotencia sexual
- d) Toda intervención quirúrgica de tipo estético o reconstructivo incluyendo de tipo dental, salvo las necesarias como consecuencia directa de todo tipo de accidente
- e) Toda intervención quirúrgica derivada de una complicación por infección a consecuencia del virus VIH.
- f) Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de refracción ocular
- g) Toda intervención quirúrgica relacionada con problemas de sobre peso y obesidad y las encaminadas a corregir o tratar la calvicie
- h) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas “insitu” no invasivos, así como la resección de cualquier tipo de nevo o lunar
- i) Intervenciones Quirúrgicas de nariz y senos paranasales cualquiera que sea su causa
- j) Intervenciones Quirúrgicas con fines preventivos o de comprobación del estado de salud
- k) Toda intervención quirúrgica de tipo dental, alveolar o gingival
- l) Intervenciones Quirúrgicas como resultado de enfermedades o lesiones sufridas por:
 - a) Práctica profesional de cualquier deporte
 - b) Actos delictivos en que participe intencionalmente el Asegurado
 - c) Participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión o servicio militar.
 - d) Intento de suicidio o auto lesión.
 - e) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.
 - f) Estados de depresión o enajenación mental
- m) Toda intervención quirúrgica requerida para tratar o atender cualquier complicación o secuela de un padecimiento o evento excluido o que no fue cubierto originalmente por esta póliza
- n) Todas las incisiones no en “cavidades” (piel y tejido subcutáneo) menores a 2 cm.

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>**CODIGO PENAL FEDERAL**<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

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

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionclientes@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.mxCorreo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 31 de mayo de 2019, con el número CNSF-S0120-0245-2019/CONDUSEF-003811-01.

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



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

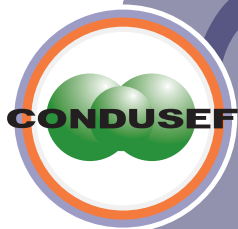
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

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

atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de mayo de 2019, con el número CNSF-S0120-0245-2019/CONDUSEF-003811-01.





¿Qué hacer en caso de un siniestro?



En caso de ocurrir alguna eventualidad este documento te servirá como guía para presentar la reclamación de tu seguro:

Comunícate con tu representante de ventas, llámanos al 55 4433 8900 o al 800 088 4662 (LADA sin costo) donde con gusto te asesoraremos para realizar la reclamación del pago de la suma asegurada.

Envíanos un correo a la dirección: atencionclientes@thonaseguros.mx

Acude a nuestras oficinas ubicadas en Av. Insurgentes Sur 1228, Piso 7. Col: Tlacoquemécatl del Valle. Alcaldía: Benito Juárez, C.P. 03220, CDMX.

Documentacion Basica que deberá acompañar para cualquiera de las Coberturas Contratadas:

- ☐ Copia de la póliza
- ☐ Formato de reclamación marcando en la sección “Información del Siniestro” la(s) cobertura(s) reclamada(s)
- ☐ Copia del último recibo de pago de primas, si lo tuviera
- ☐ Copia de identificación oficial del Asegurado,
- ☐ Copia de identificación oficial de(l) o (los) Beneficiarios
- ☐ Acta de Nacimiento del Asegurado y Beneficiario(s)
- ☐ Copia del comprobante de domicilio reciente (no mayor a 3 meses) de los beneficiarios en caso de fallecimiento o del asegurado en caso de otra cobertura
- ☐ Carátula o encabezado del Estado de Cuenta Bancario de cada Beneficiario

Documentacion adicional a la anterior que debe presentar por cobertura reclamada

Fallecimiento

- ☐ Certificado de defunción, si lo tuviera
- ☐ Acta de defunción del asegurado
- ☐ Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
- ☐ Ultima designación de beneficiarios de la póliza firmada por el asegurado

Gastos Funerarios

- ☐ Certificado de defunción, si lo tuviera
- ☐ Acta de defunción del asegurado
- ☐ En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno (s) de los dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.
- ☐ En caso de accidente: copia certificada de las Actuaciones del ministerio público que contengan: Carpeta de averiguación previa, identificación de cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios toxicológicos, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente automovilístico y conclusiones

Muerte Accidental

- ☐ Certificado de defunción, si lo tuviera
- ☐ Acta de defunción del asegurado
- ☐ Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
- ☐ Última designación de beneficiarios de la póliza firmada por el asegurado
- ☐ Copia certificada de las Actuaciones del ministerio público que contengan: carpeta de averiguación previa, identificación de cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios toxicológicos, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente automovilístico y conclusiones

Invalidez total y Permanente

- ☐ Expediente clínico completo que ampare el suceso de la reclamación especificando la fecha de inicio del padecimiento, evolución y tratamiento, junto con las pruebas o interpretaciones radiológicas, histológicas y de laboratorio o que se le hayan practicado al Asegurado y que avalen la Enfermedad terminal
- ☐ Dictamen médico de invalidez 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 un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad correspondiente
- ☐ En caso de que el evento haya sido a consecuencia de un ACCIDENTE: copia certificada de las Actuaciones del ministerio público que contengan: Carpeta de averiguación previa, identificación de cadáver, necropsia o dispensa, resultado de los estudios toxicológicos, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente automovilístico y conclusiones

Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

- ☐ Expediente clínico completo que ampare el suceso de la reclamación especificando la fecha de inicio del padecimiento, evolución y tratamiento, junto con las pruebas o interpretaciones radiológicas, histológicas y de laboratorio o que se le hayan practicado al Asegurado y que avalen la Enfermedad terminal
- ☐ Informe médico de salud 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 un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad correspondiente

Retiros o Rescate del Fondo

- ☐ Solicitud del fondo especificando si es un retiro acumulado, un retiro parcial o un retiro por rescate (cancelación de la póliza)
- ☐ Último estado de cuenta de la póliza emitido por la aseguradora

Pérdidas Orgánicas

- ☐ Expediente clínico completo que ampare el suceso de la reclamación especificando la fecha de inicio del padecimiento, evolución y tratamiento, junto con las pruebas o interpretaciones radiológicas, histológicas y de laboratorio o que se le hayan practicado al Asegurado y que avalen la pérdida orgánica
- ☐ Informe médico elaborado por la institución de salud IMSSS o ISSSTE o por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.
- ☐ Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente (Actuaciones del ministerio Público) en caso de accidente

Coberturas por Cáncer

- ☐ Expediente clínico completo que ampare el suceso de la reclamación especificando la fecha de inicio del padecimiento, evolución y tratamiento, junto con las pruebas o interpretaciones radiológicas, histológicas y de laboratorio que hubieran servido para el dictamen de cáncer al Asegurado
- ☐ Informe médico elaborado por la institución de salud IMSSS o ISSSTE o por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente

Grave Enfermedad

- ☐ Expediente clínico completo que ampare el suceso de la reclamación especificando la fecha de inicio del padecimiento, evolución y tratamiento, junto con las pruebas o interpretaciones radiológicas, histológicas y de laboratorio o que se le hayan practicado al Asegurado y que avalen la grave enfermedad que se reclama
- ☐ Informe médico elaborado por la institución de salud IMSSS o ISSSTE o por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente en el que avale la grave enfermedad

Indemnización Diaria por Hospitalización

- ☐ Expediente clínico completo que ampare el suceso de la reclamación especificando la fecha de inicio del padecimiento, evolución y tratamiento, junto con las pruebas o interpretaciones radiológicas, histológicas y de laboratorio o que se le hayan practicado al Asegurado y que avalen el motive de la hospitalización que se reclama
- ☐ Constancia de hospitalización de hospital público o privado, la cual incluya:

- o Nombre del paciente.
- o Fecha de ingreso.
- o Fecha de egreso
- o Motivo de la hospitalización

☐ Copia de la factura hospitalaria con requisitos fiscales si la intervención se realizó en institución privada.

Intervenciones Quirúrgicas

- ☐ Expediente clínico completo que ampare el suceso de la reclamación especificando la fecha de inicio del padecimiento, evolución y tratamiento, junto con las pruebas o interpretaciones radiológicas, histológicas y de laboratorio o que se le hayan practicado al Asegurado y que avalen la intervención quirúrgica que se reclama
- ☐ Informe médico en papel membretado y sellado en la que conste el internamiento y el motivo del mismo elaborado por la institución de salud IMSSS o ISSSTE o por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente
- ☐ Copia de la factura hospitalaria con requisitos fiscales si la intervención se realizó en institución privada
- ☐ Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el Asegurado (formato proporcionado por Thona Seguros)

IMPORTANTE

Los formatos de reclamación se encuentran disponibles en la página web de Thona: www.thonaseguros.mx

Todo documento que sea entregado en copia simple, deberá de incluir la siguiente leyenda: "se hace constar que la presente copia coincide con el original que se tuvo a la vista": Nombre completo sin abreviatura, firma (si la firma es su nombre, deberá escribirlo dos veces), fecha.

Thona Seguros, S.A. de C.V. se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional a la que se menciona en este documento, que considere necesaria para la valoración de la reclamación de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

