



**THONA
SEGUROS®**



SEGURO DE GRUPO AHORRO INDIVIDUALIZADO
PARA LA SEPARACIÓN

Condiciones Generales

Página

I) Cláusulas Generales y Definiciones	3
1. Compañía	3
2. Operación	3
3. Modalidad de Contratación	3
4. Contrato de Seguro	3
5. Vigencia del Contrato	3
6. Contratante	3
7. Asegurado	3
8. Beneficiarios	3
9. Modificaciones al Contrato	4
10. Solicitud	4
11. Consentimientos Individuales	4
12. Omisiones o Declaraciones Inexactas	5
13. Póliza	5
14. Medios de Entrega	5
15. Registro de Asegurados	6
16. Certificados Individuales	6
17. Pago de Primas	6
18. Pago Automático de Primas	7
19. Vencimiento del Pago	7
20. Obligaciones del Contratante	7
21. Ingreso de Asegurados	7
22. Alta de Asegurados (Art. 17 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)	8
23. Baja de Asegurados (Art. 18 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)	8
24. Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral (Art. 19 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)	8
25. Sistema de Administración	9
26. Cambio de Contratante (Art. 20 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)	9
27. Rehabilitación	9
28. Suicidio	9
29. Interés Moratorio	10
30. Competencia	11

Página

31. Comunicaciones	11
32. Carencia de Restricciones	13
33. Disputabilidad	13
34. Prescripción	13
35. Notificación de Comisiones	13
36. Comprobación del Siniestro	14
37. Accidente	14
38. Enfermedad	14
II) Cobertura de Fallecimiento y Operación de la Póliza	14
1. Descripción de la Cobertura de Fallecimiento	14
2. Suma Asegurada	15
3. Fondo Acumulado	15
4. Terminación del Contrato	16
5. Temporalidad del Plan	16
6. Renovación del Contrato	16
7. Moneda	16
8. Edades de Aceptación	16
9. Ajustes de la Suma Asegurada	17
10. Reservas Técnicas	17
11. Costo del Seguro	17
12. Cargo al Fondo	17
13. Valor en Efectivo	18
14. Valor de Rescate	18
15. Retiros	18
16. Formas Opcionales de Liquidación	18
17. Participación de las Utilidades	19
18. Estado de Cuenta	19
III) Cobertura de Invalidez Total y Permanente	19
1. Pago de Suma Asegurada (Sólo si es contratada)	19
2. Definición de Invalidez Total y Permanente	19
3. Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente	20
Folleto de derechos básicos del Contratante	22
En caso de Siniestro tiene derecho a:	23

I) Cláusulas Generales y Definiciones

1. Compañía

Thona Seguros, S. A. de C. V., denominada en adelante la Compañía.

2. Operación

Este producto pertenece a la Operación de Vida.

3. Modalidad de Contratación

Este producto corresponde a la modalidad Grupo.

4. Contrato de Seguro

Esta Póliza, las Cláusulas Generales y Particulares, Endosos que se agreguen, la Solicitud, el registro de Asegurados y los Certificados Individuales, 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.

5. Vigencia del Contrato

El presente Contrato se perfecciona desde la fecha en que el Contratante tuviere conocimiento de que la Compañía ha aceptado asegurar el riesgo.

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

6. Contratante

Persona con la que se celebra el Contrato de Seguro que ampara al Grupo Asegurable y es responsable ante la Compañía de pagar la prima del Seguro en su totalidad.

7. Asegurado

La persona física designada en el Certificado Individual de la Póliza que forma parte del Grupo Asegurado y que dio su consentimiento previo para ser Asegurado.

8. Beneficiarios

Todo integrante del grupo designará libremente a sus beneficiarios, cualquier integrante del grupo puede cambiar el beneficiario designado mediante notificación por escrito a la Compañía.

El Contratante no puede intervenir en la designación de beneficiarios, ni puede, en caso alguno, figurar con este carácter salvo que el objeto del contrato de seguro sea garantizar créditos concedidos por el Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el seguro garantice créditos, el Contratante sólo puede ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente.

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

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

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 comunique 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

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que 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 sólo 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.”

9. Modificaciones al Contrato

Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y deberán constar por escrito a través de Endosos o Cláusulas previamente registradas ante 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.

10. Solicitud

Es el formato que proporciona la Compañía y que el Contratante requisita para la celebración del contrato de seguro, y deberá comprender la siguiente información:

- a) Operación de seguro de que se trata y naturaleza de los riesgos por asegurar
- b) Número, edad y sexo, de las personas asegurables bajo el contrato de seguro
- c) Características particulares o especiales del grupo que va a asegurarse, así como su relación con el Contratante
- d) Sumas aseguradas para los Integrantes del grupo o regla para determinarlas
- e) Participación con la que, en su caso, los integrantes del grupo contribuyen al pago de la prima
- f) Declaración sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos
- g) Expresar si el objeto del contrato de seguro es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante

11. Consentimientos Individuales

La Compañía deberá contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes del grupo, previo a su incorporación a dicho grupo, antes de la celebración del contrato. El consentimiento individual debe contener por lo menos, lo siguiente:

- a) Nombre completo
- b) Edad o fecha de nacimiento
- c) Sexo
- d) Ocupación
- e) Fecha de ingreso al grupo
- f) Sumas aseguradas o reglas para determinarlas
- g) Designación de beneficiarios y si ésta se realiza en forma irrevocable

12. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme a lo ordenado por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro el Contratante está obligado 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.”

13. Póliza

Para fines de prueba, el Contrato de Seguro, así como sus adiciones o modificaciones se harán constar por escrito. La Compañía deberá entregar al Contratante el documento en dónde consten los derechos y obligaciones de las partes.

14. Medios de Entrega

La Compañía se obliga a entregar la Póliza y condiciones generales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos y obligaciones de las partes, dentro de los 10 días naturales siguientes al de la contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado, sin que ello obste para que el Contratante y/o Asegurado pueda descargar o consultar las condiciones generales en el portal de internet de la Compañía.

Los medios de entrega serán:

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

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba la documentación contractual en el plazo señalado o requiera un duplicado o cualquier modificación a la misma deberá llamar al (55) 4433 8900 y la Compañía dará un número de folio con el cual el Contratante y/o Asegurado podrá dar seguimiento a su trámite hasta su conclusión, la documentación deberá ser entregada por la Compañía dentro de los 10 días hábiles siguientes a dicha solicitud.

15. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual debe contar con la siguiente información:

Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del grupo; sumas aseguradas o regla para determinarlas; fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo; operación y plan de seguros de que se trata; número de Certificado Individual y coberturas amparadas. A solicitud del Contratante, la Compañía le entregará copia de este registro.

A solicitud por escrito del Contratante, y siempre que proceda, la Compañía modificará el registro:

- a) Con los nuevos listados por altas, que formen parte integrante del mismo
- b) Anotando las bajas de Asegurados. El Contratante debe hacer lo propio en su ejemplar
- c) Con el cambio de Sumas Aseguradas
- d) Al renovarse el Contrato
- e) Con cualquier otro cambio que procediera, de acuerdo con este Contrato o con el marco jurídico relacionado con este Seguro

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que la Compañía, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato sobre la baja de algún Asegurado, el Seguro continúa en vigor para ese Asegurado y el Contratante deberá cubrir la Prima correspondiente. Si no exista un vínculo o interés común entre el Asegurado y el Contratante, la Compañía tiene pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la Prima correspondiente por el tiempo que estuvo Asegurado.

16. Certificados Individuales

La Compañía deberá expedir y entregar un certificado para cada uno de los integrantes del grupo Asegurado, de acuerdo con lo siguiente:

- a) Los certificados individuales deben contener la información que se indica a continuación:
 - I. Nombre, teléfono y domicilio de la Compañía
 - II. Firma del funcionario autorizado de la Compañía
 - III. Operación de seguro, número de Póliza y número de Certificado Individual
 - IV. Nombre del Contratante
 - V. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado
 - VI. Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado Individual
 - VII. Suma asegurada o regla para determinarla de cada cobertura
 - VIII. Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación
 - IX. Transcripción de las cláusulas Alta de Asegurados, Baja de Asegurados y Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral, de estas condiciones generales
- b) La Compañía, previo convenio con el Contratante, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar los certificados individuales, mediante alguna de las siguientes opciones:
 - I. Proporcionando al Contratante los certificados individuales para su entrega a los Asegurados
 - II. Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en el inciso a) de esta cláusula

En todos los casos, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía, en cualquier momento, la emisión del Certificado Individual correspondiente. Para tal efecto, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Aseguradora, en dicho escrito deberá informar la forma en que desea sea enviado el Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Compañía enviará dentro de los 30 días siguientes dicho documento al Asegurado.

17. 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 destinarán 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 Aseguradora no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo será prueba plena del pago de ésta.

18. Pago Automático de Primas

Si el Contratante y/o Asegurado deja de pagar la prima o una de sus fracciones, la Compañía, dentro del periodo de espera, está facultada a descontar el importe de dicha prima o fracción del fondo acumulado. Este procedimiento se repite mientras exista saldo en el fondo a favor del asegurado, el contratante cancele la póliza, el asegurado cancele el certificado individual o termine la vigencia de este contrato, lo que ocurra primero.

En caso de que el fondo sea insuficiente para el pago completo que sea necesario realizar, la Póliza y/o Certificado Individual continua en vigor por los días que dicho saldo alcance a cubrir, sin que exceda la vigencia establecida en la Póliza y/o Certificado Individual.

19. Vencimiento del Pago

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

20. Obligaciones del Contratante

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

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deben contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla y la designación de Beneficiarios como datos mínimos de información
- b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los 30 días siguientes a cada separación
- c) Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas o alguna extraprima por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días después del cambio y, las nuevas Sumas Aseguradas o extraprimas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones
- d) En caso de modificación, enviará a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados. Si los tuviese, el Contratante devolverá a la Compañía los Certificados individuales que resulten afectados, para su cancelación. La Compañía remitirá al Contratante los Certificados sustitutos, con las nuevas Sumas Aseguradas
- e) Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza

21. Ingreso de Asegurados

Al celebrarse el presente Contrato o con posterioridad, pueden permanecer en él todos los integrantes del Grupo Asegurable que no sean menores de 12 años ni mayores de 80 años. En cualquier caso deben formar parte activa del Grupo Asegurado y entregar a la Compañía, por conducto del Contratante, el Consentimiento para ser Asegurado en los términos que estipula el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

“El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada. El consentimiento del tercero Asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la transmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa Aseguradora.”

22. Alta de Asegurados (Art. 17 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

“Las personas que ingresen al grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entiende que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

El Contratante debe notificar por escrito a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurable dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagar la prima que corresponda.”

23. Baja de Asegurados (Art. 18 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

“Las personas que se separen definitivamente del grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

No se consideran separados definitivamente los Asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continúan Asegurados hasta el siguiente aniversario del Seguro en curso.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía:

- a) Los nombres de las personas que hayan causado baja en el Grupo Asegurado, por separación definitiva de la misma, fallecimiento, renuncia voluntaria o despido
- b) Los nombres de las personas que hayan causado baja en el Grupo Asegurado por no haber cubierto la parte de prima a que se obligaron, en caso de tratarse de un Seguro por aceptación voluntaria

En tales casos, el Contratante devolverá a la Compañía, si le fuera posible, los Certificados individuales respectivos para su cancelación.

24. Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral (Art. 19 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, se debe cumplir con lo que se indica a continuación.

“La Compañía tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor....”

25. Sistema de Administración

En caso de que la Compañía y el Contratante hayan convenido que la administración de esta Póliza la lleve a cabo este último, hecho que se indica en la carátula de la Póliza, se establece que el Contratante se obliga a integrar el expediente actualizado con la información y documentación relativa al seguro que la Compañía le indique de manera expresa y por escrito, así como a otorgar a la Compañía acceso irrestricto a toda la información relacionada con el seguro, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y del citado Reglamento.

26. Cambio de Contratante (Art. 20 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

En caso de que el seguro tenga por objeto el otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Compañía podrá “rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.”

La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en el artículo 7 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Artículo 7 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

“Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de Asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la Póliza”

27. Rehabilitación

La Compañía puede rehabilitar este Contrato, si los efectos de éste hayan cesado por falta de pago de la prima, 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) Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía
- c) Se realice el pago de la prima que corresponda, conforme a lo estipulado en esta cláusula

La rehabilitación puede efectuarse en alguna de las siguientes opciones:

- a) Conservando la fecha de Inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, mediante el pago de las primas vencidas e insolutas hasta la fecha de la rehabilitación, siempre y cuando la Póliza no haya estado sin vigor por un plazo mayor a tres meses
- b) Cambiando la Fecha de Inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, a la que elija el Contratante, mediante el pago de la prima correspondiente a las edades alcanzadas por los integrantes del grupo en la nueva fecha de inicio, siempre que ésta sea posterior a la fecha de cancelación de la primer vigencia

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

28. 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 y del respectivo Certificado Individual y/o su rehabilitación, 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 de ese Asegurado.

29. 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.

30. Competencia

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

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

31. 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, Beneficiario(s) y/o causahabientes, deberán hacerse 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 Asegurado y/o el Contratante deben proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de integrar, conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte del grupo de que se trate, a disposición de la Compañía y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les 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.”

32. Carencia de Restricciones

El presente Contrato no está sujeto a restricción alguna por causa de la residencia, viajes, ocupación o género de vida del Asegurado.

33. Disputabilidad

Este Contrato dentro de los dos primeros años de vigencia continua, es disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo. Tratándose de integrantes de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho, es de un año, que se cuenta a partir de la fecha en que quedó Asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlos en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el Contrato. En caso de rehabilitación de un Certificado Individual, el plazo de dos años se cuenta a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía. “Lo anterior únicamente aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados den su consentimiento después de treinta días naturales de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo Asegurado”.

34. 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.”

35. 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.

36. Comprobación del Siniestro

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

FALLECIMIENTO

- Formato de reclamación
- Póliza original, si la tuviera
- Último recibo de pago de primas, si lo tuviera
- Certificado de defunción
- Acta de defunción del Asegurado
- Acta de matrimonio (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
- Copia de identificación oficial del Asegurado (si la tuvieran) y Beneficiarios
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
- En caso de muerte accidental, copias certificadas de la Carpeta de Investigación correspondiente

INVALIDEZ

- 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
- Original del dictamen de Invalidez

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiarios toda clase de informaciones o 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.

37. Accidente

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

38. 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.

II) Cobertura de Fallecimiento y Operación de la Póliza

1. Descripción de la Cobertura de Fallecimiento

Si durante el plazo del seguro y estando vigentes la Póliza y el Certificado Individual correspondiente, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía paga a los Beneficiarios designados la suma asegurada contratada de acuerdo con la regla estipulada en la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente y conforme a estas condiciones generales.

2. Suma Asegurada

En caso de fallecimiento del Asegurado dentro de la vigencia de la Póliza y el Certificado Individual correspondiente, la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento y el monto existente en el fondo en la fecha de la muerte, en caso de haberse constituido este último a través de aportaciones adicionales, se pagarán 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.

3. Fondo Acumulado

Todas las aportaciones que el Contratante y/o Asegurado realicen por concepto de primas básicas y adicionales, se destinarán a un fondo, deduciendo las primas por fallecimiento y coberturas adicionales que se hayan contratado. Las aportaciones pueden provenir del Contratante, y se deberá identificar el fondo de cada Asegurado al que se acreditarán dichas aportaciones, en caso de ser una prestación laboral que no sea discriminatoria y que las aportaciones del Contratante, distintas al Costo del Seguro, no representen más del 50% del total de aportaciones que se reciban tanto de cada participante como del Contratante ya sean programadas, constantes o extraordinarias. El fondo acumulado es el saldo a la fecha, una vez que se realicen las deducciones correspondientes por concepto de cargos al fondo.

Todas las aportaciones que se reciban por parte del Contratante y/o 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 que el Asegurado sobreviva a la vigencia de este contrato, el fondo se liquidará:

1. A la fecha en que el Asegurado se separe o sea dado de baja del Grupo Asegurado.- El Saldo del fondo se entregará al Asegurado, una vez que se hayan realizado las deducciones que correspondan y que presente la siguiente documentación:
 - Formato de reclamación, proporcionado por la Compañía, en dónde el Asegurado indicará si solicita el pago a través de cheque o transferencia electrónica, en este último caso deberá indicar el número de CLABE bancaria para efectos de la transacción
 - Original del certificado, si lo tuviese
 - Documento en dónde se demuestre su baja del Grupo Asegurado, si lo tuviese
 - Copia de identificación oficial del Asegurado
 - Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
2. Al término de la vigencia de la póliza y no sea renovada
3. A la fecha de terminación anticipada de este contrato

En los supuestos 2 y 3, la suma total de los fondos individualizados de los Integrantes del Grupo se depositará a la Institución Financiera que tendrá a su cargo la administración de dichos fondos, para tal efecto, será necesario que el Contratante solicite por escrito a la Compañía la transferencia de los fondos. En caso contrario, La Compañía seguirá administrando el monto total del Fondo hasta que este le sea reclamado.

4. Cambio de Contratante.- En caso de que haya cambio de Contratante y la Compañía decida rescindir este Contrato de Seguro, pondrá a disposición del nuevo Contratante la suma la suma total de los fondos individualizados de los Integrantes del Grupo a efecto de que se le indique a que Institución Financiera debe realizar la trasferencia de dicha cantidad

Por su parte, la Compañía tiene derecho a compensar contra este fondo, cualquier adeudo que tenga el Contratante y/o Asegurado en favor de la misma por causa de las condiciones y obligaciones del contrato.

4. Terminación del Contrato

La Póliza termina sin obligación alguna para la Compañía al terminar la vigencia estipulada en la Póliza y el Contratante no solicite la renovación de la Póliza. Los certificados individuales terminarán sin obligación alguna para la Compañía, con el pago que proceda por fallecimiento del Asegurado y por la liquidación del Fondo, de conformidad con lo establecido en el numeral 3 que antecede.

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

En este caso, el Contratante y/o Asegurado, en el mismo escrito que dirija a la Compañía, manifestará la forma en que desea le sea devuelta la parte proporcional de la prima que le corresponda, 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 dónde 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 el Contratante y/o Asegurado no indiquen la forma en que sean se les haga la devolución, la Compañía procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de ésta.

5. Temporalidad del Plan

Es un Seguro Temporal a un año o por periodo menor, pudiendo ser renovada, previo acuerdo de las partes. Adicionalmente constituye un fondo de ahorro que se va acumulando en cada renovación de la Póliza.

6. Renovación del Contrato

“La Compañía podrá renovar los Contratos de Seguros de Grupo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del Contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.”

En caso de que la Compañía renueve este contrato, informará al Contratante con al menos diez días naturales de anticipación a la renovación, el monto de la prima que se aplicará a la nueva vigencia.

En el caso del fondo acumulado, éste continuará constituyéndose de la misma manera a la del periodo inicial, hasta que por alguna causa el contrato se dé por terminado y el saldo de dicho fondo se agote o sea liquidado de conformidad con lo estipulado en el apartado Liquidación del Fondo.

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

- a) Se realizará sin requisitos de asegurabilidad
- b) Las edades límites estipuladas en la cláusula 8 no podrán ser modificadas en perjuicio de los Asegurados

7. Moneda

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

8. Edades de Aceptación

Las edades de aceptación para efectos de este seguro, será la edad de los integrantes del grupo, considerando los años cumplidos que tengan 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 estarán indicadas en la carátula de la Póliza, a falta de esta indicación expresa serán las siguientes:

Cobertura	Aceptación	Cancelación
Muerte	12 a 80 años	81 años
Invalidez Total y Permanente	15 a 64 años	65 años

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 posteriores 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

9. Ajustes de la Suma Asegurada

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía paga la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la Carátula de la Póliza. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hace la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y en otro caso debe ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

10. Reservas Técnicas

Todos los pagos que se reciban por parte del Contratante y/o Asegurado, como son las primas básicas y aportaciones adicionales, se aplicarán para constituir e incrementar la reserva. Asimismo, 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.

11. Costo del Seguro

Al momento de recibir la prima total, se deduce la prima básica y adicional que corresponda y el remanente se enviará al fondo para su inversión.

12. 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 prima de riesgo o costo del seguro

La Compañía cobrará o cargará al fondo el importe correspondiente al costo del seguro, la prima de tarifa más recargos de las coberturas contratadas, la deducción se hará según la forma de pago estipulada para el pago de primas, en caso de que el fondo no tenga recursos suficientes para la deducción o cargo para el pago de primas, deberá darse aviso y en cuanto sea incrementado el fondo inmediatamente se deducirán los cargos o deducciones pendientes vencidos y en segundo

término los cargos correspondientes al pago de primas, 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 cargar 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 generación de intereses

III. Cargo sobre el saldo del fondo

La Compañía podrá cobrar o cargar al fondo un porcentaje sobre el saldo del mismo 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/cancelación

La Compañía podrá cobrar o cargar al fondo un porcentaje sobre los movimientos que generen por concepto de retiros y cancelaciones antes de que termine la vigencia del seguro. Dicho cargo será efectuado incrementando los retiros del fondo. Este cargo podrá efectuarse por concepto de gastos asociados a los retiros de forma individual tales como cargos bancarios por transferencias electrónicas entre otros

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 manejo 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

13. Valor en Efectivo

En cualquier momento, dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado Individual respectivo, el valor en efectivo es igual al monto existente en el fondo acumulado.

14. Valor de Rescate

El presente seguro no otorga valores de rescate.

15. Retiros

En cualquier momento, dentro de la vigencia de la Póliza y de su Certificado Individual, el Asegurado puede hacer retiros parciales del fondo acumulado. El monto del retiro parcial se deducirá del fondo constituido. El Asegurado podrá hacer varios retiros al año, de acuerdo con las políticas vigentes establecidas por la Compañía para tal efecto, que sean dadas a conocer a través de los estados de cuenta enviados al Asegurado, directamente en las oficinas de la Compañía, en su página Web o establecidas directamente en la Póliza.

16. Formas Opcionales de Liquidación

La Compañía liquidará al Asegurado 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 paga la suma asegurada o el fondo acumulado en una sola exhibición
- b) Otra. Todo monto pagadero bajo la Póliza puede ser cubierto mediante cualquier forma de liquidación que las partes acuerden al momento de hacerse exigible el pago

Cualquiera que sea la opción de liquidación que elija el Asegurado y/o Contratante al momento de la contratación, puede ser cambiada 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.

17. Participación de las Utilidades

Este contrato no tiene participación de utilidades.

18. Estado de Cuenta

La Compañía proporcionará a cada Asegurado 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, número de Póliza, identificación del producto, periodo que se informa, datos generales de la Póliza y/o Certificado Individual, rendimiento de la inversión, resumen general y detalle de movimientos. Si el estado de cuenta se envía en medios magnéticos, se entrega 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.

III) Cobertura de Invalidez Total y Permanente

Estas condiciones particulares aplican sólo si se contrata esta cobertura y así aparece indicada en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

1. Pago de Suma Asegurada (Sólo si es contratada)

Si durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente el Asegurado sufre estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

El pago de la suma asegurada se realizará después de que haya transcurrido el periodo de espera contratado, 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.

Cancelación Automática

Esta Cobertura se cancelará 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 de 66 años.

2. Definición de Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cobertura, 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 éste haya sido continuo por un periodo no menor al periodo de espera pactado y que no sea susceptible de ser corregido 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 carpo-metacarpiana o arriba de ella
- b)** De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana 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 se realizará después de que haya transcurrido el periodo de espera contratado, 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.

3. Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total y Permanente

La Compañía en ningún caso será responsable cuando el siniestro se derive de:

- a) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) Infecciones que no provengan de un accidente cubierto**
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones**
- d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado**
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador**
- f) 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**
- g) 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**
- h) 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**
- i) 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**
- j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto**
- k) Radiaciones ionizantes**
- l) Lesiones sufridas cuando el Asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico y siempre y cuando influya en la realización del siniestro**
- m) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto**
- n) Cualquier pérdida que se manifieste 90 días naturales posteriores de ocurrido el Accidente**
- o) Enfermedades preexistentes**

Para los efectos de la exclusión del inciso o), la Compañía solo puede rechazar una reclamación por preexistencia, cuando cuente con las pruebas siguientes:

- I.** Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia del padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico
- II.** Pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, puede solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación
- III.** Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento o enfermedad de que se trate

ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO

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

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

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

THONA SEGUROS, S.A. DE C.V.
Unidad Especializada de Atención a Clientes
Félix Parra No. 65, Colonia San José Insurgentes, C.P. 03900, Ciudad de México
Teléfono: (55) 44338900
Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx
Horario de atención: lunes a jueves de 9:00 a 18:00 horas, viernes de 9:00 a 15:00 horas.

COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México
Teléfono: (55) 53400999 o 01 800 999 8080
Página internet: www.condusef.gob.mx
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

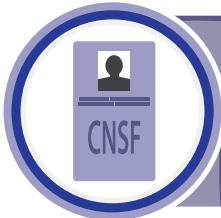
En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir día 16 de Marzo de 2018, con el número CNSF-S0120-0153-2018/CONDUSEF-002849-03.

Folleto de derechos básicos del Contratante, Asegurado y Beneficiario



Sí 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 que te ofrece el seguro se identifique con la cédula que le otorga la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas (CNSF), o bien, si es un colaborador o apoderado de una Persona Moral que no pertenece al sector financiero, muestre la certificación que le extiende la CNSF.



Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Dicha información podrá ser entregada por escrito o enviada por correo electrónico.



Recibir u obtener la información y documentación que te permita conocer las condiciones generales del seguro e información sobre el alcance de la cobertura que estás contratando, además de la forma de conservarla y cancelarla.



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 web: www.thonaseguros.mx y enviarlo por correo electrónico a: atencionclientes@thonaseguros.mx

En caso de siniestro se tiene derecho a:



Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo, en el entendido que la Compañía Aseguradora podrá compensar contra la indemnización la prima correspondiente.



Cobrar una indemnización por mora a la Aseguradora en caso de retraso en el pago de la suma asegurada.



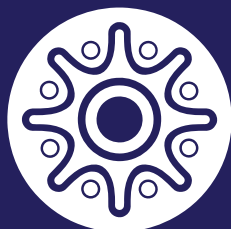
En caso de inconformidad con tu siniestro, puedes presentar una reclamación por medio de la Unidad Especializada de Atención al Usuario. O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros la (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.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



Acudir a la CONDUSEF en caso de que requieras saber si eres beneficiario de una póliza de seguro.

No dudes en contactarnos al 01 800 088 4662 o enviarnos un correo electrónico a:
atencionclientes@thonaseguros.mx

Puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Usuario en:
Félix Parra 65, Col. San José Insurgentes, C.P. 03900, Ciudad de México. Horario de atención de Lunes a Jueves de 9:00 a 18:00 hrs. y Viernes de 9:00 a 15:00 hrs.



THONA
SEGUROS®