



**THONA
SEGUROS®**



Seguro de Vida Grupo
Incapacidad Parcial para el Empleo
Condiciones Generales

INDICE

I.	DEFINICIONES.....	4
1.	Compañía.....	4
2.	Póliza.....	4
3.	Endoso	4
4.	Contratante.....	4
5.	Grupo Asegurado.....	4
6.	Asegurado	4
7.	Beneficiario.....	4
8.	Vigencia.....	4
9.	Prima	4
10.	Prima Adicional.....	4
11.	Siniestro.....	4
12.	Accidente	5
13.	Anquilosis	5
14.	Invalidez Total y Permanente.....	5
15.	Suma asegurada	5
16.	Inicio de vigencia	5
17.	Fecha normal de retiro	6
18.	Fecha efectiva de retiro.....	6
19.	Fecha anticipada de retiro	6
20.	Fecha diferida de retiro.....	6
21.	Pensionado / Jubilado	6
22.	Periodo de Acumulación.....	6
23.	Enfermedad	6
24.	Funcionalidad o Vigor Vital.....	6
25.	Incapacidad parcial para el Empleo	6
II.	CLÁUSULAS GENERALES.....	7
27.	Contrato	7
28.	Medios de entrega.....	7
29.	Modificaciones.....	7
30.	Consentimientos Individuales.....	7
31.	Registro de Asegurados	7
32.	Certificados Individuales.....	8
33.	Omisiones o Declaraciones Inexactas	8
34.	Vigencia del Contrato	9
35.	Terminación del Contrato	9

36.	Prima Total	9
37.	Pago de Prima.....	9
38.	Periodo de Gracia.....	10
39.	Ajuste de la Prima	10
40.	Renovación.....	10
41.	Rehabilitación.....	10
42.	Moneda.....	10
43.	Disputabilidad	11
44.	Prescripción	11
45.	Comunicaciones	11
46.	Competencia.....	11
47.	Obligaciones del Contratante	11
48.	Alta de Asegurados	12
49.	Baja de Asegurados	12
50.	Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral.....	12
51.	Cambio de Contratante	13
52.	Beneficiarios	13
53.	Edad	14
54.	Ajustes de la Suma Asegurada	15
55.	Sistema de Administración	15
56.	Formas de Liquidación	15
57.	Suicidio	16
58.	Notificación de Comisiones	16
59.	Cambio por Riesgos	16
60.	Interés Moratorio	16
61.	Disposiciones Fiscales	18
62.	Fondo de reserva	18
63.	Costo del seguro	19
64.	Aplicación del fondo de reserva	19
65.	Retiros del fondo de reserva	19
66.	Estados de Cuenta	19
67.	Requisitos para el Pago de una Reclamación	20
68.	Preceptos Legales.....	20
69.	Uso de Medios Electrónicos.....	21
70.	Ampliación del Periodo de Gracia para el Pago de Primas	22
III.	Objeto del seguro	22
IV.	Descripción de las Coberturas	23
1.	Beneficio Básico por Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente e Incapacidad parcial para el empleo	23
2.	Coberturas Adicionales	23

Fallecimiento	23
Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad	23
Anticipo por Fallecimiento para Gastos Funerarios	25
Gastos Funerarios	25
Coberturas por Accidente	26
Indemnización por Muerte Accidental (MA)	27
Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)	27
Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (MAC).....	28
Cobertura por Invalidez Total y Permanente	29
Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)	29

I. DEFINICIONES

1. Compañía

THONA Seguros, S. A. de C. V. ("Thona")

2. Póliza

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

3. Endoso

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

4. Contratante

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

5. Grupo Asegurado

Lo constituyen todas las personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, las personas que formen parte del Grupo Asegurado deberán firmar su consentimiento y estar inscritas en el registro de Asegurados.

Los integrantes del Grupo Asegurado no deberán estar sujetos a un proceso de invalidez o incapacidad, o suspendidos de sus funciones, a menos que la Compañía acepte expresamente cubrir tales condiciones, lo cual deberá constar en la póliza.

6. Asegurado

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, que gozarán del beneficio que ampara esta cobertura.

7. Beneficiario

Persona física designada por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios para esta cobertura.

8. Vigencia

Periodo de tiempo durante el cual operan las coberturas indicadas en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual.

9. Prima

Contraprestación prevista para este seguro a cargo del Contratante. Es el precio pactado por el costo del seguro para amparar las coberturas básicas de fallecimiento e invalidez total y permanente e incapacidad parcial para el empleo.

10. Prima Adicional

Contraprestación prevista para este seguro a cargo del Contratante. Es el precio pactado por el costo del seguro para amparar las coberturas adicionales.

11. Siniestro

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

12. Accidente

Es un acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Integrante. Por lo tanto, no se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Integrante.

13. Anquilosis

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

14. Invalidez Total y Permanente

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

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

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

Pruebas

La comprobación del Estado de Invalidez Total y Permanente será por cuenta del Asegurado. Si el Asegurado se rehúsa a la comprobación o se demuestra que la invalidez no es total y permanente, no procederá el pago de la suma asegurada.

A fin de determinar el estado de invalidez, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, además de lo señalado en esta cláusula, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez.

En caso de Invalidez Total y Permanente, las bases para considerar que un dictamen tiene plena validez, son las siguientes: Las personas que se encuentren afiliadas al seguro social (entendiéndose IMSS o ISSSTE) deberán presentar ante la Compañía la determinación de Invalidez Total y Permanente efectuada por el seguro social, en los formatos oficiales de la Institución respectiva, la cual será evaluada por un médico especialista que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía y certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo. En caso de que el Asegurado no sea derechohabiente del seguro social, deberá presentar todos los exámenes, análisis y documentos requeridos por el médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, a fin de determinar si procede o no el dictamen de Invalidez Total y Permanente. En caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía hará efectiva la cobertura contratada.

15. Suma asegurada

Responsabilidad Máxima de Thona para cada una de las coberturas contratadas.

16. Inicio de vigencia

Es la fecha a partir de la cual se inicia la vigencia de esta cobertura. La fecha de efectividad se

señala en la carátula de la póliza o mediante el endoso correspondiente.

17. Fecha normal de retiro

Fecha que se establece mediante endoso correspondiente que se determina como la fecha a partir de la cual el asegurado puede gozar del beneficio.

18. Fecha efectiva de retiro

En caso de no cumplirse con la fecha normal de retiro exacta, fecha a partir de la cual el asegurado inicia con el cobro del beneficio. Es la fecha a partir de la cual cada asegurado perteneciente al Grupo sufre una Incapacidad parcial para el Empleo, por lo que se iniciará el pago de pensiones en su favor.

19. Fecha anticipada de retiro

Esto se da cuando la fecha efectiva de retiro es anterior a la fecha normal de retiro.

20. Fecha diferida de retiro

Esto se da cuando la fecha efectiva de retiro es posterior a la fecha normal de retiro.

21. Pensionado / Jubilado

Persona Física que recibirá el beneficio de incapacidad parcial para el empleo.

22. Periodo de Acumulación

Se define como el número de años contados a partir de la fecha de ingreso al grupo asegurado y hasta la fecha efectiva de retiro.

Durante este periodo los integrantes del Grupo no tendrán posibilidad de disponer total o parcialmente del fondo de reserva constituido.

23. Enfermedad

Todo estado patológico, sin importar si es derivado de una causa endógena o exógena, de manera enunciativa y no limitativa se consideran enfermedades cubiertas las consignadas en el Título Noveno de la Ley Federal del Trabajo en la "Tabla de Enfermedades de Trabajo".

24. Funcionalidad o Vigor Vital

La facultad para realizar las actividades de la vida diaria, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, contando con un funcionamiento adecuado de las áreas física, social y mental, para efectos del presente contrato se considerará que el Asegurado puede perder la Funcionalidad o Vigor Vital por un Accidente, una Enfermedad o por alcanzar la edad de retiro y/o jubilación, esto es a partir de los sesenta años cumplidos.

25. Incapacidad parcial para el Empleo

Es la situación del asegurado, cuando por tener una pérdida de Funcionalidad o Vigor Vital derivada de su edad, está imposibilitado para desarrollarse en un empleo compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social. La incapacidad parcial para el empleo para efectos de este contrato no podrá generarse antes de haber cumplido el Asegurado los sesenta años. La edad de Incapacidad parcial para el empleo, constará en la carátula de la póliza o mediante el endoso correspondiente.

II. CLÁUSULAS GENERALES

27. Contrato

La Póliza, la Solicitud y el Registro de Asegurados correspondiente, los Consentimientos y Certificados Individuales, las Cláusulas y los Endosos que se agreguen constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta acordada, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

28. 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 15 días naturales siguientes al de la contratación, a través de cualquiera de los siguientes medios a elección del Asegurado:

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

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

29. Modificaciones

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

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

30. Consentimientos Individuales

La Compañía debe contar con el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, previo a su incorporación a dicho Grupo.

31. 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 o colectividad; 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 entrega copia de este registro.

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

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

El incumplimiento por parte del Contratante, sobre la entrega a La Compañía de la información que debe contener el Registro de Asegurados, 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, el Seguro continuará en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubrirá la Prima correspondiente. Si no existe una relación contractual entre el Asegurado y el Contratante, la Compañía tendrá pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la Prima correspondiente por el tiempo que estuvo asegurado.

32. Certificados Individuales

La Compañía debe expedir y entregar un certificado para cada uno de los integrantes del grupo o colectividad asegurada. La Compañía, previo convenio con el Contratante, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar los certificados individuales, mediante alguna de las siguientes opciones:

- Proporcionando al Contratante los certificados individuales para su entrega a los asegurados.
- Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En todos los casos, el asegurado puede solicitar a la Compañía el certificado individual correspondiente.

33. Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y 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.

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del Asegurado, por lo tanto el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

Lo previsto en los párrafos anteriores, solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo.

34. Vigencia del Contrato

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

35. Terminación del Contrato

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

Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, una vez transcurrido el periodo de gracia establecido en estas Condiciones Generales sin que se haya pagado la prima o fracción de ésta.

El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, mediante cheque nominativo en favor del contratante en un plazo que no excederá de 10 días naturales posteriores a la fecha en que reciba el aviso de cancelación.

36. Prima Total

La prima total del Grupo Asegurado, así como las primas que corresponden a cada integrante, se obtienen de acuerdo con lo establecido en la nota técnica registrada y el Contratante es el responsable de realizar el pago.

La prima total del seguro es igual a la suma de las primas que correspondan a cada integrante del Grupo Asegurado, de acuerdo con su edad, ocupación, suma asegurada de las coberturas otorgadas y tarifa en vigor.

37. Pago de Prima

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

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

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

38. Periodo de Gracia

Los efectos del Contrato cesarán automáticamente 30 días naturales después de la fecha de vencimiento de la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de 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 del grupo 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.

39. Ajuste de la Prima

En cada renovación, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con las características del grupo asegurable a la fecha en que inicie la vigencia.

A cada integrante del Grupo Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobrará la prima por devengar que corresponda a su edad (si es tarificación individualizada) o la del grupo global, según sea el caso, en el mismo plan pero a un plazo igual al tiempo por transcurrir para el vencimiento del Contrato.

40. Renovación

La Compañía renovara este Contrato, siempre que se reúnan los requisitos de contratación del Seguro de Grupo.

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

En el caso de cancelación del contrato de seguro o que el contratante no lo renovara, La Compañía se obliga a devolver el saldo del Fondo de Reserva que se tenga a la fecha de ocurrir cualquiera de los eventos mencionados en favor del Contratante del Seguro en un plazo de 10 días hábiles contados a partir de la fecha en que la Compañía se le haya notificado de la cancelación del contrato del seguro o que el contratante no renueve el correspondiente contrato de seguro

41. Rehabilitación

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

El Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcionará la Compañía.

Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía.

42. Moneda

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

43. Disputabilidad

Este Contrato dentro de los dos primeros años de vigencia continua, será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo, conforme a la cláusula 6 anterior. Tratándose de integrantes de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, el término para hacer uso del derecho, es de un año, que se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado, renunciando la Compañía a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo 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 un año se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

44. Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, de acuerdo al Artículo 50 Bis de la misma Ley.

45. 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 se deberán hacerse por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía.

46. Competencia

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

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

47. Obligaciones del Contratante

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

Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deberán 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.

Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación.

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 extrapríma por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días naturales después del cambio.

En caso de modificación, enviar a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, si es que lo amerite.

Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

48. Alta de Asegurados

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 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedan aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad.

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagará la prima que corresponda.

49. Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejan de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual que se haya expedido.

En este caso, la Compañía a solicitud del Contratante, restituye la parte de la prima neta no devengada de esos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.

50. Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral

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

La Compañía tiene 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 comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir cobertura adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.

Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo o colectividad debe presentar su solicitud a la Compañía, dentro del plazo de 30 días naturales a partir de la fecha de su separación.

La suma asegurada es 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 su separación.

La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas. El solicitante debe 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.

51. Cambio de Contratante

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

En cualquier caso, la Compañía reembolsa 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 los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

52. Beneficiarios

Todo integrante del grupo designa libremente a sus beneficiarios y siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier integrante del grupo o colectividad 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 ningún caso, figurar con este carácter salvo que el objeto del contrato de seguro sea alguno de los siguientes:

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.

Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.

Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pueda causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

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

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario. Cuando no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

53. Edad

La edad de los integrantes del Grupo Asegurado, debe comprobarse legalmente en aquellos casos en que así lo juzgue necesario la Compañía, antes o después del siniestro. Una vez que el Asegurado hubiere presentado prueba fehaciente de su edad a la Compañía, ésta lo anotará en el Certificado o extenderá un comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas por este concepto.

Si antes de ocurrir un siniestro se descubre que el Asegurado declaró inexactamente su edad, y la misma se encuentra dentro de los límites fijados por la Compañía en la Carátula de la Póliza, el Certificado correspondiente seguirá en vigor por la misma Suma Asegurada de acuerdo a las reglas siguientes:

Si la edad declarada resultase inferior a la 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, efectuándose para tal efecto, el ajuste de costos que significó en diferencia de primas, la inexacta declaración de edad.

Las primas ulteriores deberán aplicarse de acuerdo a la edad real.

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.

En cualquier caso, el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del Asegurado de que se trate.

Si antes o después de ocurrir un siniestro se descubre que la edad real del Asegurado en la fecha de su ingreso al Grupo Asegurado estaba fuera de los límites de admisión fijados en la Carátula de la Póliza, el Contrato quedará rescindido respecto del integrante de que se trate y el Certificado respectivo sin valor alguno y la Compañía reembolsará al Contratante la Reserva Matemática correspondiente al expresado integrante.

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

Cobertura	Asegurado	Mínima	Hasta		
			Aceptación	Renovación	Cancelación
Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente o Incapacidad parcial para el Empleo	Titular	20 años	69 años	69 años	70 años
Fallecimiento	Titular	20 Años	69 Años	69 años	70 años
Gastos Funerarios	Titular	20 años	69 Años	69 años	70 años
	Cónyuge o concubino	20 Años	69 Años	69 años	70 años
	Hijos	1 DÍA	25 Años	25 años	25 años
Accidentes	Titular	12 Años	69 Años	69 años	70 años
Invalidez Total y Permanente	Titular	12 Años	69 Años	69 años	70 años

54. 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 pagará 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, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el Certificado. En uno y en otro caso deberá ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

55. 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 de Fianzas en materia de este seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y del citado Reglamento.

56. Formas de Liquidación

Los beneficios que liquidara la compañía serán de acuerdo a lo siguiente:

Beneficio Básico

Para fallecimiento e invalidez total y permanente corresponderá a la suma asegurada equivalente al saldo acumulado en el Fondo de Reserva correspondiente a la persona en la fecha de ocurrencia del siniestro.

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito.

Para Incapacidad parcial para el empleo corresponderá a las siguientes formas de pago:

1. Pago Único, que consiste el pago en una sola exhibición en favor del asegurado.
2. Renta Vitalicia o cualquier otra que sea actuarialmente equivalente, la cual será de acuerdo al producto de rentas vigente registrado por la compañía ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Beneficios Adicionales

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito.

57. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado individual de Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la prima de tarifa no devengada correspondiente respecto del integrante del Grupo Asegurado.

58. 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.

59. Cambio por Riesgos

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud y/o Consentimiento referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los Asegurados.

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

60. Interés Moratorio

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

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

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

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;

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.

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;

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;

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;

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;

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;

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:

Los intereses moratorios;

*La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
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

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 impondrá 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.”

61. Disposiciones Fiscales

Todas las formas de pago, aportaciones adicionales y los retiros parciales o totales estarán sujetos conforme a las Leyes Fiscales Vigentes en la fecha de pago o retiro según corresponda.

62. Fondo de reserva

Todos los pagos de prima que se reciban, incluidos los de los beneficios adicionales que se contraten, se aplicarán para constituir e incrementar una reserva única que se denominará fondo de reserva. Así mismo, de este fondo de reserva se descontarán el costo del Beneficio Básico por Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente e Incapacidad parcial para el empleo, el costo de los beneficios adicionales si los hubiera, y los gastos de administración en que incurra la Aseguradora por la administración de la inversión del fondo, los cuales se han pactado con el contratante de esta Póliza y que se muestran en el “Endoso de Administración del Fondo de

reserva” y se incrementará con los intereses acreditables que se obtengan por su inversión.

63. Costo del seguro

El costo del seguro por concepto de riesgo se determinará con la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza. Para los efectos de esta póliza, el costo del seguro está compuesto por:

- a. El de la Suma Asegurada Básica por fallecimiento e Invalidez total y permanente, más.
- b. El del o los beneficios adicionales contratados si las hubiere, más.
- c. El inherente a la operación del seguro.

64. Aplicación del fondo de reserva

Thona invertirá el fondo de reserva que resulte, en valores autorizados para inversiones, que permitan obtener el mayor rendimiento posible, dentro de la máxima seguridad, pero también con la liquidez necesaria.

El fondo de reserva constituido, incluyendo el rendimiento por inversión logrado por este plan, solamente se aplicará en el pago de la incapacidad parcial para el empleo.

65. Retiros del fondo de reserva

Con anterioridad a la terminación de vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar:

- El retiro total de su fondo de reserva, dejando de estar en vigor el presente contrato, a partir de la fecha de retiro de dicho fondo, o
- El retiro parcial de su fondo de reserva, considerando que la vigencia del contrato depende de la suficiencia de dicho fondo.

En cualquier caso, Thona deducirá de la liquidación que corresponda el importe de los gastos en que hubiere incurrido.

66. Estados de Cuenta

La Aseguradora proporcionará al Contratante un estado de cuenta, con la periodicidad y de la forma en que éste lo solicite, que contendrá al menos la siguiente información:

- a) Nombres y domicilios de La Aseguradora y el Contratante
- b) Número de la póliza o contrato;
- c) Nombre comercial del producto;
- d) Datos generales de la póliza o contrato, como son, entre otros, número, fecha de la póliza o contrato y endosos de la póliza, en su caso;
- e) Período del que se está informando;
- f) Saldo inicial y saldo final;
- g) Detalle de movimientos;
- h) En su caso, las comisiones y demás conceptos que la Aseguradora cobre por la prestación del servicio u operación de que se trate
- i) Dirección, teléfonos y correo electrónico de la unidad especializada de La Aseguradora debe mantener en términos del artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, para efectos de aclaraciones o reclamaciones vinculadas con el servicio o producto de que se trate, así como los plazos para presentarlas, y

En el periodo de liquidación, para cada Asegurado, La Aseguradora le enviará un estado de cuenta particular, mismo que contendrá la información y al que le serán aplicables las reglas establecidas en esta cláusula.

67. Requisitos para el Pago de una Reclamación

Para presentar su reclamación de pago de suma asegurada, se deben acompañar los siguientes documentos:

- a) Solicitud de pago de indemnización de la cobertura
- b) Certificado de defunción
- c) Póliza original, si la tuviera
- d) Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
- e) Carta con membrete del empleador donde se indique motivo y fecha de la terminación laboral, si lo tuviera o existiera
- f) Copia de la baja del IMSS o ISSSTE.
- g) Acta de nacimiento del Asegurado
- h) En su caso, la resolución de la Junta de Trabajo.
- i) Acta de nacimiento del (los) beneficiario (s)
- j) Acta de matrimonio (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
- k) Copia de identificación oficial vigente. En caso de que el domicilio del Asegurado no coincida con el señalado en su identificación o la misma no cuente con domicilio, deberá presentar un comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses.
- l) En caso de muerte accidental, copias certificadas de las actuaciones del Ministerio Público completas.
- m) Original del dictamen de Invalidez o Pérdidas Orgánicas
- n) En caso de graves enfermedades diagnóstico de la grave enfermedad o cáncer por médico especialista o institución se salud pública.
- o) Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

Para el caso de pago de pensiones o pago único, el contratante deberá obtener de parte del asegurado:

- a) Carta de renuncia al empleo en dónde se señale que este renuncia para adherirse al plan de pensiones
- b) Documento por medio del cual acepta que la Aseguradora le pagará el beneficio de IPE en pago único o rentas, indicando los montos correspondientes; así como las fechas a partir de las cuales se iniciarán los pagos. En su caso, el nombramiento de beneficiarios.

Con base en esta documentación el contratante solicitará a Thona que expida un certificado de pago de beneficios por IPE, en el cual se señalará a que asegurado se le pagará el beneficio de IPE, indicando los datos generales y los datos de los beneficiarios; así como, la cantidad que se dispondrá del Fondo de Reserva para el pago único o la compra de las anualidades y su forma de pago

68. Preceptos Legales

De conformidad con lo dispuesto por el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), se hace del conocimiento de los contratantes, asegurados y beneficiarios, que podrán consultar todas las abreviaturas, preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet www.thonaseguros.mx

69. 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) Enviendo 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.

70. 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 período 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. Objeto del seguro

El Objeto de este seguro de vida grupo es otorgar un mecanismo de protección y ahorro, en el cual se pagará al propio Asegurado o a sus Beneficiarios, las sumas aseguradas al momento de ocurrencia de los riesgos de fallecimiento, invalidez total y permanente e incapacidad parcial para el empleo mientras esta Póliza y su Certificado se encuentren en vigor al momento del siniestro.

IV. Descripción de las Coberturas

1. Beneficio Básico por Fallecimiento, Invalidez Total y Permanente e Incapacidad parcial para el empleo

Si el Asegurado fallece o se invalida en forma total y permanente antes de llegar a la fecha normal de retiro, la suma asegurada a pagar a los Beneficiarios designados o en su caso al propio asegurado, equivaldrá al saldo acumulado en el Fondo de Reserva correspondiente a la persona a la fecha del siniestro, descontando los gastos en que la aseguradora haya incurrido por la administración del Fondo de Reserva, mismos que han sido pactados con el contratante de esta póliza y que se describen en el **Endoso de Administración del Fondo de Reserva**.

Thona pagará al Asegurado la suma asegurada por incapacidad parcial para el empleo, la cual equivaldrá al saldo acumulado en el Fondo de Reserva correspondiente a la persona que se muestra en la relación de integrantes, si él mismo llega con vida a la fecha efectiva de retiro. Dicho beneficio será entregado al Asegurado, de acuerdo a la Forma de pago que él mismo seleccione en ese momento de acuerdo a las opciones de pago que se describen en este contrato (Pago Único o Rentas) y de conformidad con el contratante de esta póliza.

La responsabilidad de Thona estará limitada al saldo acumulado en el Fondo de Reserva constituido por el contratante de esta póliza a la fecha de ocurrencia del siniestro.

2. Coberturas Adicionales

Las coberturas adicionales a la cobertura Básica, serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas se encontrarán estipuladas en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificados o en los endosos correspondientes que se encuentren vigentes.

Cada una de estas coberturas adicionales, tendrán el siguiente tratamiento.

Fallecimiento

Si durante la vigencia de la póliza, ocurre el fallecimiento del Asegurado, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada contratada conforme a las condiciones generales de la póliza.

Anticipo de Suma Asegurada por grave enfermedad

Mediante este beneficio La Compañía otorgará al Asegurado, por una sola ocasión un pago anticipado hasta un máximo del 50% (cincuenta por ciento) de la suma asegurada correspondiente a la cobertura adicional por fallecimiento que se encuentre en vigor, sin que este pago exceda el equivalente a 500,000 MXP, al presentarse certificación médica mediante la cual

se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal. Este beneficio será procedente siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor.

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

Para el pago del beneficio La Compañía dispondrá de un periodo de 30 días naturales, contados a partir de que el Asegurado presente la reclamación a La Compañía.

Grave Enfermedad

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

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

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

Exclusiones

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

- **SIDA o presencia del virus del VIH**
- **Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo**
- **Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza.**

Terminación del Beneficio

La cobertura de Anticipo de Suma asegurada por Enfermedades en Fase Terminal terminará en los siguientes casos:

- Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura.
- Primera ocurrencia de una enfermedad en fase terminal que sea indemnizada por esta

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

Anticipo por Fallecimiento para Gastos Funerarios

El Beneficiario podrá solicitar un anticipo hasta por un máximo del 30% (treinta por ciento) del total de la Suma Asegurada de la cobertura adicional por fallecimiento, sin que este pago exceda el equivalente a 100,000 MXP.

Este beneficio procederá siempre y cuando:

El Beneficiario solicite por escrito el pago del anticipo anexando copia simple del certificado de defunción, de su credencial oficial de identificación por ambos lados, del Certificado individual y del Consentimiento en donde conste su designación de Beneficiario.

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

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

Terminación del Beneficio

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

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

Gastos Funerarios

Esta Cobertura podrá ser otorgada bajo las siguientes condiciones:

- Cobertura al asegurado Titular

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

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

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

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, La compañía pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados en el Consentimiento, 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 menor de 70 años que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable (debe constar en el acta de matrimonio o constancia de concubinato o Acta de Ratificación de la Sociedad de Convivencia)

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

Terminación de la Cobertura

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

1. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la caratula de la póliza.
2. En el caso de los hijos del Asegurado Titular, esta cobertura cesará sus efectos en el aniversario en que la edad cumplida de éstos sea de 25 años.
3. En caso de haberse contratado alguna de las Coberturas de Pago Anticipado de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente o Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, la cancelación se hará en la fecha en que se haya determinado y otorgado la invalidez al Asegurado Titular.

Coberturas por Accidente

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

Indemnización por Muerte Accidental (MA)

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre que el fallecimiento del Integrante haya ocurrido por Accidente, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo.

Los Beneficiarios para el caso de Muerte Accidental, serán los específicamente designados por el Integrante en el Consentimiento, en su defecto, a la sucesión del Integrante.

Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (MAPO)

En caso de que el Integrante fallezca o sufra una Pérdida Orgánica como consecuencia de un Accidente, siempre y cuando haya ocurrido durante el periodo del seguro de esta cobertura y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, la Compañía pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, el porcentaje correspondiente de la Suma Asegurada que se señala en la tabla de indemnizaciones, según la escala que haya sido seleccionada (Escala A o Escala B), que se muestra a continuación:

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

En caso de sufrir el Integrante varias de las Pérdidas Orgánicas arriba especificadas, la responsabilidad total de la Compañía en ningún caso excederá la Suma Asegurada establecida para esta cobertura, aun cuando el Integrante sufriere en uno o más eventos varias de las Pérdidas Orgánicas especificadas en la tabla anterior.

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

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

Indemnización por Muerte Accidental Colectiva (MAC)

Para esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada, si el Integrante fallece a consecuencia de:

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

Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se concederán cuando la pérdida de los miembros se deba a:

Infecciones que no provengan del accidente

Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente.

Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones

Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.

Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador

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

Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente

Radiaciones ionizantes

Pérdidas sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico así como aquellas que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.

Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de accidente cubierto.

Terminación de las coberturas por accidente

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

- En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la caratula de la póliza.

Cobertura por Invalidez Total y Permanente

En caso de que algún o algunos de los Integrantes sufra una Invalidez Total y Permanente, y de haberse contratado alguna de las opciones de esta cobertura adicional, La Compañía pagará la indemnización acordada que se haga constar en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes, Certificado o en los endosas correspondientes.

Pago de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)

Si durante la vigencia del Certificado, algún Integrante sufriere estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

La Compañía efectuará dicho pago con el Periodo de Espera aplicable.

Terminación de las coberturas por invalidez

La vigencia de 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 sea superior a la edad máxima de aceptación descrita en la caratula de la póliza.

Exclusiones

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

Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Infecciones que no provengan de un accidente.

Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente.

Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.

Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.

Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya

sido el provocador.

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 viajare 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.

Accidentes que ocurran durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre que el Asegurado participe directamente.

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.

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.

Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente.

Radiaciones ionizantes.

Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Invalidez que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.

Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente.

Unidad Especializada de Atención a Clientes de Thona Seguros S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 1228 Piso 7, Col. Tlacoquemecatl Del Valle, C.P. 03200, Benito Juárez.
CDMX

Teléfono: (55) 44338900

Email: atencionaclientes@thonaseguros.mx

Horario: lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas

CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur Colonia del Valle C.P. 03100, Ciudad de México
Teléfonos: (55) 53400999 y (01800) 9998080 www.condusef.gob.mx/oficinasdeatencion

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 15 de Agosto de 2017, con el número CNSF-S0120-0327-2017/CONDUSEF-002848-02.

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 atencionaclientes@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).

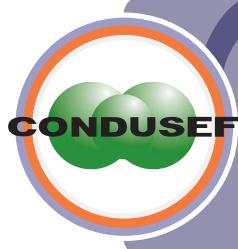
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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 15 de Agosto 2017 , con el número CNSF-S0120-0327-2017/CONDUSEF-002848-02