

# Seguro de Accidentes Personales Colectivo con Dividendos

Condiciones Generales



## Contenido

I.	Definiciones .....	5
1.	Accidente .....	5
2.	Asegurado.....	5
3.	Aseguradora.....	5
4.	Beneficiario .....	5
5.	Colectividad Asegurable .....	5
6.	Contratante .....	5
7.	Deducible .....	5
8.	Detalle de Coberturas .....	5
9.	Dividendos .....	5
10.	Endoso .....	5
11.	Enfermedad o Padecimiento Preexistente.....	6
12.	Gasto Usual y Acostumbrado .....	6
13.	Incapacidad Temporal.....	6
14.	Invalidez Total y Permanente.....	6
15.	Periodo de Gracia.....	7
16.	Póliza .....	7
17.	Práctica Profesional del Deporte .....	7
18.	Prima.....	7
19.	Siniestro .....	7
20.	Suma Asegurada.....	7
21.	UMA (Unidad de Medida de Actualización) .....	7
III.	Cláusulas Generales .....	8
1.	Contrato.....	8
2.	Temporalidad .....	8
3.	Comunicaciones .....	8
4.	Modificaciones.....	8
5.	Moneda.....	8
6.	Primas .....	8
7.	Obligaciones del Contratante .....	9
8.	Número mínimo de Asegurados en la Colectividad .....	9
9.	Asegurados y Movimientos .....	9

10.	Terminación del Contrato .....	12
11.	Rehabilitación .....	12
12.	Renovación.....	12
13.	Edad .....	13
14.	Dividendos - Participación de Utilidades .....	14
15.	Beneficiarios .....	15
16.	Falta de Designación .....	16
17.	Interés Moratorio .....	16
18.	Competencia.....	17
19.	Identificación del Cliente.....	18
20.	Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral.....	18
21.	Prescripción .....	18
22.	Pago de Reclamaciones.....	18
23.	Liquidación .....	18
24.	Indemnización al Proveedor .....	19
25.	Entrega de Documentación Contractual.....	19
26.	Sistema de Administración .....	20
27.	Cambio por Riesgos .....	20
28.	Comprobación del siniestro.....	20
V.	Coberturas .....	22
1.	Muerte por Accidente .....	22
2.	Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años .....	22
3.	Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años .....	22
4.	Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente .....	22
5.	Cobertura de Gastos Médicos por Accidente.....	25
6.	Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente.....	27
7.	Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente .....	28
8.	Incapacidad Temporal por Accidente .....	30
VII.	Endosos.....	32
1.	Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente.....	32
2.	Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas.....	32
3.	Lesiones por ingesta de alcohol .....	32

4. Aviación particular.....	32
5. Certificados individuales .....	33
6. Consentimientos .....	33
7. Lesiones por actos delictivos .....	33
8. Deportes peligrosos .....	33
9. Uso de motocicleta como herramienta de trabajo.....	34
10. Uso de motocicleta como medio de transporte .....	34
11. Nivel Hospitalario.....	34
12. Padecimientos Especiales a consecuencia de un accidente .....	35

## **I. Definiciones**

### **1. Accidente**

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

### **2. Asegurado**

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, que goza de los beneficios por los riesgos amparados que se indican en la Carátula de la Póliza.

### **3. Aseguradora**

THONA Seguros S.A. de C.V.

### **4. Beneficiario**

Persona física designada por el Asegurado, en el Certificado y Consentimiento Individual, como titular de los derechos indemnizatorios.

### **5. Colectividad Asegurable**

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 de la Colectividad Asegurable deberán firmar su consentimiento y estar inscritas en el registro de Asegurados.

Los integrantes de la Colectividad Asegurable 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 o endoso correspondiente.

### **6. Contratante**

Persona con la que se celebra el Contrato de Seguro que ampara a la Colectividad Asegurable y es responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del Seguro en su totalidad.

### **7. Deducible**

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

### **8. Detalle de Coberturas**

Relación de riesgos amparados en la que se indican los límites máximos de responsabilidad de la Aseguradora y del Contratante y/o Asegurado.

### **9. Dividendos**

Es el monto que corresponde al Contratante y/o al Asegurado, en este último caso cuando participe en el pago de la prima, en pólizas con participación de utilidades.

### **10. Endoso**

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



### **11. Enfermedad o Padecimiento Preexistente**

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

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

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

### **12. Gasto Usual y Acostumbrado**

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre La Compañía y los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización. Esta información podrá ser consultada a través de [www.thonaseguros.mx](http://www.thonaseguros.mx).

El monto máximo de los gastos médicos por accidente cubiertos por este seguro para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros), con los que La Aseguradora no tenga convenio de pago directo, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

### **13. Incapacidad Temporal**

Es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o temporalmente a una persona para desempeñar su trabajo por un tiempo determinado.

### **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 para el resto de su vida, ya sea por enfermedad o accidente a que esté expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo o por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo.

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

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

Cuando la enfermedad o lesiones causadas por el accidente cubierto que provoquen el estado de invalidez puedan ser susceptibles de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que

ocurrió el siniestro, sólo podrá declinarse éste, si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.

#### **15. Periodo de Gracia**

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

#### **16. Póliza**

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

#### **17. Práctica Profesional del Deporte**

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

#### **18. Prima**

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y/o Asegurados, en caso de que los Asegurados participen en el pago de la prima, se hará constar esta circunstancia en la póliza.

#### **19. Siniestro**

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

#### **20. Suma Asegurada**

Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora respecto de cada cobertura y para cada Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las condiciones contenidas en la carátula, endosos, condiciones generales, particulares y especiales de la póliza.

La regla para determinar la suma asegurada de las coberturas de cada integrante de la colectividad, debe estar claramente definida.

La suma asegurada de cada cobertura otorgada a los integrantes de la colectividad, debe estar dada por una regla de carácter general claramente definida, que no propicie casos de excepción, especulativos, discriminatorios o que representen selección adversa a la Aseguradora.

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

#### **21. UMA (Unidad de Medida de Actualización)**

Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores, correspondiéndole al INEGI calcular dicho valor.

### **III. Cláusulas Generales**

#### **1. Contrato**

Forman parte del contrato de seguro, las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Aseguradora en la solicitud de seguro, mismas que han servido de base para clasificar los riesgos, la Póliza, la 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 Aseguradora.

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

#### **2. Temporalidad**

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

#### **3. Comunicaciones**

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

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

#### **4. Modificaciones**

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

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

#### **5. Moneda**

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

#### **6. Primas**

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato, no obstante el Contratante puede optar por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deben ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencen 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.

El pago de la Prima podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

- a) Depósito o transferencia bancaria, en la cuenta que por escrito la Aseguradora le proporcione al Contratante.

Hasta en tanto La Aseguradora no entregue el recibo de pago de las Primas, el estado de cuenta, recibo,



folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el pago de las mismas, será prueba plena del pago de las Primas.

b) Pago directo, en el domicilio de La Aseguradora, contra recibo que ésta última expida.

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.

En caso de ocurrir algún siniestro, dentro del término señalado en el párrafo anterior, la Aseguradora deducirá de la indemnización a que se tenga derecho, la parte faltante de la prima total anual vencida de la Colectividad Asegurada a dicho periodo que no hubiere sido pagada.

A cada Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobra la prima por devengar que corresponda a un plazo igual al tiempo por transcurrir hasta el vencimiento del Contrato.

Cuando los Asegurados se separen de la Colectividad Asegurada, se devolverá la Prima No Devengada, descontando de ella los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, previa solicitud escrita del Contratante, calculada esta prima desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la prima de acuerdo con su periodicidad de pago. Dicha devolución será mediante cheque nominativo en favor del Contratante en un plazo que no excederá de 10 días naturales posteriores a la fecha en que reciba la notificación de la separación. Dicho instrumento estará a disposición del Contratante en el domicilio de la Aseguradora.

## **7. Obligaciones del Contratante**

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

- a. Comunicar a la Aseguradora los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales 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 Aseguradora de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales 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 naturales después del cambio y, las modificaciones solicitadas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. Tener a disposición de la Aseguradora, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

## **8. Número mínimo de Asegurados en la Colectividad**

La colectividad asegurable deberá estar constituida, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75 % no sea inferior a 10 personas.

## **9. Asegurados y Movimientos**

- a. **Registro de Asegurados.** La Aseguradora formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:
  - Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad;
  - Suma asegurada o regla para determinarla;

- 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 trate;
- Número de Certificado individual, y
- Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia de este registro.

### **Consentimientos Individuales**

La Aseguradora debe contar con el consentimiento por cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, previo a su incorporación a dicha Colectividad.

### **Certificados Individuales**

La Aseguradora deberá expedir y entregar un certificado para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada. La Aseguradora, 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 Aseguradora el 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.

- b. Reporte de Movimientos.** El Contratante debe reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados y, aumento o disminución de coberturas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran. Los movimientos quedan inscritos en el registro de Asegurados y la Aseguradora expide los certificados correspondientes.
- c. Altas.** En caso de altas de asegurados realizadas dentro del término de 30 días, la protección inicia con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que la persona sea elegible para formar parte de la Colectividad Asegurada, siempre que la persona se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos. En caso contrario, el inicio de la protección queda condicionado a la aceptación por parte de la Aseguradora, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

### **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 Aseguradora los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagar la prima que corresponda.**

- d. **Bajas.** La baja de un Asegurado es efectiva al momento de su separación de la Colectividad Asegurada. Las personas dadas de baja dejan de disfrutar de los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja de la Colectividad Asegurada.

**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 que se haya expedido. En este caso, la Compañía a solicitud del Contratante, restituirá 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.

**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 siguiente:

“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...”

La Aseguradora manifiesta que para efecto de la presente cláusula, tiene registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y opera un plan individual ordinario de vida.

**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)**

“Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:



I. Tratándose de Seguros de Grupo, 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 terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. Tratándose de Seguros Colectivos, 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. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.”

- e. Primas.** En caso de alta o de baja de Asegurados, de aumento o disminución de beneficios, la Aseguradora cobrará o devolverá al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro. En caso de baja de asegurados, La Aseguradora restituirá a quien haya pagado la prima, la prima neta no devengada calculada en días exactos.
- f. Pagos Improcedentes.** Cualquier pago que la Aseguradora haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Aseguradora.

#### **10. Terminación del Contrato**

La terminación de este contrato celebrado entre la Aseguradora y el Contratante, puede darse por las siguientes causas:

- a.** Al cumplirse el plazo que se indica en la Carátula de la Póliza
- b.** A falta de pago de primas, en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- c.** El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Aseguradora, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no puede ser anterior a la fecha en que la Aseguradora reciba el documento. En este caso, la Aseguradora se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, 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.

#### **11. Rehabilitación**

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del pago en cuestión, siempre que cumpla con lo siguiente:

- a.** El Contratante lo solicite por escrito a la Aseguradora.
- b.** Los Asegurados cumplan con los requisitos de asegurabilidad que la Aseguradora requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
- c.** Pagar el importe del ajuste correspondiente al período descubierto, que comprende desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.

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

#### **12. Renovación**

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

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

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

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

### **13. Edad**

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

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

Una vez efectuada la comprobación, la Aseguradora hará la anotación en el certificado individual correspondiente o extenderá un comprobante y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si se descubre que el Asegurado se encontraba fuera de los límites de aceptación por edad al momento de su ingreso a la Colectividad Asegurada, quedará sin efecto el certificado individual expedido para ese Asegurado y La Compañía deberá devolver al Contratante el importe de la prima correspondiente a dicho Asegurado.

#### 14. Dividendos - Participación de Utilidades

Este contrato de seguro tiene participación de utilidades mediante el otorgamiento de dividendos bajo Experiencia Propia por siniestralidad favorable, de acuerdo con lo siguiente:

- Los dividendos se calculan con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. Por prima neta de riesgo se entenderá la prima cobrada menos el recargo por pago fraccionado, gastos de administración y utilidad, gastos de adquisición y costo de reaseguro, en caso de que aplique.
- El dividendo se calculará en forma vencida y de acuerdo a la fórmula que se indica en la carátula de póliza, siempre que se cumpla con lo establecido en la cláusula Prima.
- La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar la vigencia de la póliza. **Los dividendos no pueden ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No pueden pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Se entiende por dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En caso de las pólizas cuya temporalidad sea menor a un año, no podrán otorgarse dividendos.**
- Si posterior a la liquidación del dividendo es presentado a la Aseguradora, un siniestro cuya fecha de ocurrido está dentro de la vigencia de la cual se liquidó el dividendo, el Contratante deberá devolver dicho dividendo pagado o el importe del siniestro reportado, lo que sea menor. Este procedimiento se repetirá con todos los siniestros que se presenten en las condiciones antes mencionadas y hasta el monto del dividendo pagado al Contratante.
- El pago de dicha participación no podrá ser condicionado a la renovación de la póliza.
- **La Aseguradora no realizará pago alguno por concepto de Dividendos a**





**persona distinta del Asegurado, Beneficiario o Contratante, según lo establecido en este Contrato.**

- El Contratante y los Asegurados, en la misma proporción en la que contribuyan al pago de la prima, tienen derecho a participar en las utilidades que obtenga la Aseguradora con base en los lineamientos establecidos en la nota técnica de este producto.  
Cuando los Asegurados contribuyan con el pago de la prima y existan dividendos, la Aseguradora cumplirá con la obligación de pagar los dividendos a los Asegurados, entregando al Contratante el importe total de éstos, señalando los montos que les correspondan a cada uno de los Asegurados. Por lo anterior, la Aseguradora no realizará pagos por concepto de dividendos por siniestralidad favorable a persona distinta del Asegurado o Contratante de la Póliza.

El Contratante, una vez que reciba por parte de la Aseguradora la cantidad correspondiente a los dividendos, será responsable de entregar los montos correspondientes a cada uno de los Asegurados que forman parte de la Colectividad Asegurada, por lo que se obliga a sacar en paz y a salvo a la Aseguradora de cualquier reclamación o demanda que los Asegurados o cualquier tercero pudieran presentar en contra de la Aseguradora por este concepto.

Cualquier pago por de dividendos realizado indebidamente, obliga al Contratante y a los Asegurados a reintegrar de inmediato el pago a la Aseguradora.

#### **15. Beneficiarios**

Todo integrante de la Colectividad Asegurada tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la Aseguradora para cada una de las coberturas contratadas. Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Aseguradora, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

El Asegurado podrá 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 Aseguradora y conste en el certificado individual correspondiente.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, la Aseguradora hubiera pagado el seguro al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento, quedará liberada de toda responsabilidad.

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 no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

#### **Advertencia**

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

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

#### **16. Falta de Designación**

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás.

#### **17. 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:

#### **Ley Sobre el Contrato de Seguro**

**“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.”

#### **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**

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

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

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

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

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

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

**V.** En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá





únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

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

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

**a)** Los intereses moratorios;

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

**c)** La obligación principal.

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

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

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

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

## **18. 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 Aseguradora 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.

### **19. Identificación del Cliente**

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora 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 conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte de la colectividad de que se trate, y ponerlos a disposición de la Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

### **20. Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral**

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

### **21. Prescripción**

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; 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.

### **22. Pago de Reclamaciones**

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

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

### **23. Liquidación**

La Aseguradora 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.

En el caso de la cobertura de pago de gastos médicos por accidente, la Aseguradora previo acuerdo con el Asegurado o su representante en caso de que el Asegurado sea menor de edad, podrá pagar directamente al prestador de servicios médicos, previa presentación de la factura correspondiente. La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de

su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete, prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes, conforme al Gasto Usual y Acostumbrado.

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

#### **24. Indemnización al Proveedor**

La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y de enfermeras, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado. De igual manera, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados, así como las facturas por medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete prescritos por el médico tratante, con todos los requisitos fiscales correspondientes. **No se cubren gastos no relacionados con el tratamiento tales como pañuelos desechables, cremas, lociones, caja fuerte, servicio telefónico, televisión, restaurante o cafetería.**

Los honorarios médicos que estén en convenio con La Aseguradora, serán cubiertos con base en los tabuladores pactados previamente con ellos, los cuales se harán constar en los contratos respectivos. Para los hospitales, clínicas o médicos que no estén en convenio con la Aseguradora, los honorarios serán cubiertos con base al Gastos Usual y Acostumbrado, entendiéndose por esto, aquel que no exceda de la cantidad que para un servicio igual sería cubierto a través de los proveedores de servicios médicos de la Aseguradora.

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

#### **25. Entrega de Documentación Contractual**

La Aseguradora se obliga a entregar al Contratante la Carátula de la Póliza y condiciones generales, certificados individuales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos y obligaciones de las partes, dentro de los 30 días naturales siguientes al de la contratación, a través del medio elegido por el Contratante, 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 Aseguradora.

Los medios de entrega serán:

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

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, la documentación deberá ser entregada por la Aseguradora dentro de los 30 días hábiles siguientes a dicha solicitud.

Cuando así se haya convenido, El Contratante está obligado a entregar a cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada los certificados individuales correspondientes, así como cualquier otro documento

que contenga los derechos y obligaciones derivados de este contrato, no obstante lo anterior, cualquier miembro de la Colectividad Asegurada podrá requerir a la Aseguradora un duplicado de dichos documentos, de acuerdo a lo establecido en el párrafo anterior.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta acordada, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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.

## **26. Sistema de Administración**

En caso de que la Aseguradora y el Contratante hayan convenido que la administración de esta póliza la lleve a cabo este último, hecho que se indicará en la carátula de la póliza, el Contratante se obliga a integrar el expediente actualizado con la información y documentación relativa al seguro que la Aseguradora le indique de manera expresa y por escrito, así como a otorgar a la Aseguradora 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.

## **27. Cambio por Riesgos**

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

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

## **28. 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:

### **PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR ACCIDENTE,**

Formato de reclamación

Certificado Individual, si lo tuviese

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción

Acta de defunción del asegurado

Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente

Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,

Copia de la identificación oficial de los Beneficiarios

Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses

### **PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE**

Formato de reclamación

Certificado Individual, si lo tuviese

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción

Acta de defunción del asegurado

Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran,

Copia de identificación oficial de los Beneficiarios,  
Comprobante de domicilio de los beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses  
En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno (s) de los dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.

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

Formato de reclamación  
Certificado Individual, si lo tuviese  
Último recibo de pago de primas, si lo tuviera  
Copia de identificación oficial del Asegurado  
Comprobante de domicilio del Asegurado con una antigüedad no mayor a tres meses  
Original del dictamen de Invalidez o Pérdidas Orgánicas  
Diagnóstico de la grave enfermedad o cáncer por médico especialista o institución de salud pública.  
Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete  
Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

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

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

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

## **V. Coberturas**

### **Cobertura Básica**

#### **1. Muerte por Accidente**

La Aseguradora paga al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular, y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

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

### **Coberturas Opcionales**

#### **2. Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años**

La Aseguradora paga al Asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado mayor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular a consecuencia de un accidente cubierto, la indemnización para esta cobertura se efectuará al (los) beneficiario (s) designado (s).

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

#### **3. Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años**

La Aseguradora paga al Asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados los hijos del Asegurado titular, y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

#### **4. Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente**

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

a) **Escala A.**

La Aseguradora paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

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

**Escala A**

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

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

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

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

b) **Escala B**

La Aseguradora paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

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

**Escala B**

Pérdidas Orgánicas	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100 %



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

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

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

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular, y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

### **EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE: MUERTE POR ACCIDENTE, GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE PARA MAYORES DE 12 AÑOS, GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE PARA MENORES DE 12 AÑOS Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA A O ESCALA B POR ACCIDENTE:**

- Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- Cualquier forma de navegación submarina.
- Cuando el siniestro sea a consecuencia de un riesgo no cubierto.
- Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean





las causas o circunstancias que lo provoquen.

**f) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.**

**g) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.**

**Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso:**

**h) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**

**i) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**

**j) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.**

**k) Práctica profesional de cualquier deporte.**

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

**5. Cobertura de Gastos Médicos por Accidente**

Ampara el riesgo de someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente durante la vigencia de la cobertura.

Se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce daños que hacen necesario someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas. **No se considera accidente el tratamiento médico o intervención quirúrgica, la hospitalización o el uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, provocados intencionalmente por el propio Asegurado.**

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

**EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

**El contrato de seguro no cubre gastos médicos derivados de:**

- a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Lesiones a consecuencia de que el Asegurado participe directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- e) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada, que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- f) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente lo establecido en el apartado de “Definiciones”.
- g) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
- h) Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine)
- i) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- j) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- k) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.
- l) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.

**Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso:**

- m) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- n) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- o) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- p) Práctica profesional de cualquier deporte.
- q) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta,



**box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.**

**6. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente**

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge y a los hijos del Asegurado titular, y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

**Exclusiones:**

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

- i. Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas o hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.**
- ii. Cualquier tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por el Asegurador. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.**
- iii. El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional**
- iv. Tratamientos con fines estéticos, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización, de cirugía plástica salvo que sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del contrato**
- v. Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias**
- vi. Una enfermedad psíquica o nerviosa**
- vii. Un chequeo médico**
- viii. Una interrupción voluntaria del embarazo**
- ix. Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado**
- x. El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente**
- xi. Un estado de demencia**
- xii. En caso de hospitalización por accidente, un estado alcohólico caracterizado por un nivel de alcohol puro en sangre superior al que prevé la legislación o**

reglamentación a efectos de la conducción de vehículos, en vigor el día del siniestro

xiii. Las estancias en hospital y/o clínicas para curas de desintoxicación alcohólica

xiv. Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades

xv. Diálisis y hemodiálisis

xvi. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva

xvii. Las enfermedades y accidentes que se produzcan por consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad del estado en tiempos de paz

xviii. Enfermedades profesionales definidas como tales en la legislación vigente y enfermedades y accidentes resultantes de la realización y/o participación del Asegurado en actividades profesionales deportivas o recreativas de elevada peligrosidad, tales como: pirotecnia, empleo de sustancias explosivas, tóxicas o corrosivas, actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, vuelo delta, taurinas de cualquier clase, boxeo, carreras con vehículos, embarcaciones o esquís y la práctica profesional de deportes

xix. Padecimientos o enfermedades preexistentes durante los primeros 18 meses de cobertura ininterrumpida del Asegurado.

xx. La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de lo comúnmente aceptado por los facultativos así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravaciones que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de forma voluntaria y deliberada, notoriamente perjudiciales para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos, quirúrgicos o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas

xxi. El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. La Compañía abonará únicamente la indemnización correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica, requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.

#### **7. Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente**

Si durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, el Asegurado sufre un

accidente que le cause estado de Invalidez Total y Permanente, la Aseguradora le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen de estado de Invalidez Total y Permanente.

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

## **EXCLUSIONES**

**Este Beneficio no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:**

- a) **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) **Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado**
- c) **Lesiones sufridas cuando el Asegurado participe directamente en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección**
- d) **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado como sujeto activo.**
- e) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos**
- g) **Lesiones sufridas estando el Asegurado bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.**

### **Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso**

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

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



### **Trabajo y Uso de motocicleta como medio de transporte.**

- c) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**

### **8. Incapacidad Temporal por Accidente**

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular y estarán identificados con tal carácter, en el certificado individual correspondiente.

### **Exclusiones**

**Esta cobertura no ampara la incapacidad temporal que resulte como consecuencia de:**

- a) Encontrarse en las situaciones o participar en las actividades que se indican:**
- i. Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.**
  - ii. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
  - iii. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado, como sujeto activo.**
  - iv. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.**
  - v. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
  - vi. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.**
  - vii. Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- b) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- c) Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes, según se definen en estas condiciones.**
- d) Reclamaciones relacionadas con tratamientos psiquiátricos, psicológicos,**

**trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, excepto si se demuestra que son consecuencia de un accidente o de daños causados por un agente patológico.**

**e) Lesiones sufridas por la culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar en estado de alcoholismo o por el uso de estimulantes o drogas excepto si fueron prescritas por un médico.**

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

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

En caso de que la Aseguradora cuente con evidencias de que el estado físico del Asegurado, al momento de la reclamación, no deriva en una Invalidez total y Permanente o Incapacidad Temporal, no se considerará como definitivo el dictamen emitido a que se hace referencia en el párrafo anterior, por lo que la Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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



## **VII. Endosos**

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

### **1. Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente**

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

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

Certificado de defunción (copia)

Carpeta de Investigación del Ministerio Público

Consentimiento firmado por el Asegurado en donde designe a sus Beneficiarios.

Copia de identificación oficial del Beneficiario.

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

### **2. Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas**

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

### **3. Lesiones por ingesta de alcohol**

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

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

### **4. Aviación particular**

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

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

**Este endoso no aplica a los Asegurados cuyas actividades sean similares a las que**



**a continuación se enuncian pero no limita: pilotos y copilotos de aeronaves y sobrecargos.**

#### **5. Certificados individuales**

Por medio del presente endoso, Thona considerará válidos los certificados de las compañías anteriores que hayan cubierto al asegurado, siempre que dichos certificados no tengan más de cinco años de antigüedad.

Esta aceptación solo será válida durante los primeros 36 meses de vigencia de la póliza a la cual se agrega el presente documento, esto es, no aplicará para renovaciones.

Los certificados deberán contener entre otros datos: Contratante, Nombre completo del Asegurado, Regla o monto de suma asegurada, fecha de nacimiento o edad del asegurado, vigencia del seguro, nombre completo de los beneficiarios, parentesco y en su caso el carácter de irrevocable.

En caso de siniestro, Thona pagará la Suma Asegurada que corresponda, a los beneficiarios que consten en la última designación de Beneficiarios que esté en su poder y sea avalado por el Contratante, quedando liberada de toda responsabilidad si posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

#### **6. Consentimientos**

Por medio del presente endoso se hace constar que para dar cumplimiento al Artículo 11 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, se considerarán como válidos los Consentimientos Individuales correspondientes a vigencias anteriores de Thona u otras Compañías de Seguros, siempre que dichos consentimientos no tengan más de cinco años de antigüedad.

Esta aceptación solo será válida durante los primeros 36 meses de vigencia de la póliza a la cual se agrega el presente documento, esto es, no aplicará para renovaciones

Para que dichos Consentimientos sean válidos:

- a) Deberán de estar debidamente firmados por el Asegurado.
- b) Deberán contener la Suma Asegurada o regla para determinarla
- c) Deberán contener la designación de beneficiarios.

En caso de siniestro, Thona pagará la Suma Asegurada que corresponda, a los beneficiarios que consten en la última designación de Beneficiarios que esté en su poder y sea avalado por el Contratante, quedando liberada de toda responsabilidad si posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

#### **7. Lesiones por actos delictivos**

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado derivado de actos delictivos en los que participe de forma involuntaria como sujeto pasivo. Por lo anterior se deberá presentar copia del acta del Ministerio Público certificada por el mismo, en donde se acredite que el evento que ocasionó las lesiones fue contra su voluntad.

#### **8. Deportes peligrosos**

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de la práctica amateur de deportes peligrosos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultraligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia, así como

otras actividades deportivas igualmente peligrosas, siempre y cuando estas actividades hayan sido realizadas bajo la supervisión de un instructor.

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

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

#### **9. Uso de motocicleta como herramienta de trabajo**

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura aplicará únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones:

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

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

#### **10. Uso de motocicleta como medio de transporte**

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

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

#### **11. Nivel Hospitalario**

**Pago Directo:** Cuando la atención médica a consecuencia del accidente sea en hospitales de Nivel Medio, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo.

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

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

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

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

## **12. Padecimientos Especiales a consecuencia de un accidente**

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

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

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

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

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

**Queda excluido la Reposición de prótesis dentales, alveolares o gingivales, de aparatos ortopédicos, así como Prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la Audición, que el Asegurado ya utilizaba, cualquiera que sea su tipo y sin importar la naturaleza o causas de su reposición.**

**En caso de mordeduras o piquetes de cualquier animal únicamente quedarán cubiertas las lesiones provocadas por dicho evento. Sin embargo; quedan excluidas las reacciones alérgicas, intoxicaciones, envenenamiento; así como, las enfermedades o infecciones que transmitan estos vectores.**

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

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

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

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



**LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO**

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

**LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS**

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

**LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO**

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

**LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS**

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

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

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

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: [atencionaclientes@thonaseguros.mx](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx)

Correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx)

*En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de Febrero de 2019, con el número CNSF-S0120-0688-2018/CONDUSEF-004523-01.*

# Folleto de derechos básicos Contratante, Asegurado y Beneficiario



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

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



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



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



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



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



Ejercer tus derechos ARCO, para lo cual puedes llenar el formulario que se encuentra en la página [www.thonaseguros.mx](http://www.thonaseguros.mx) y enviarlo por mail a [atencionclientes@thonaseguros.mx](mailto:atencionclientes@thonaseguros.mx)



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

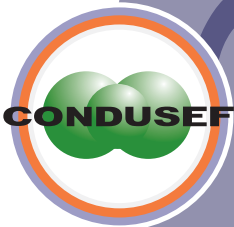
# En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

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

**[atencionaclientes@thonaseguros.mx](mailto: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](http://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 28 de Febrero de 2019, con el número CNSF-S0120-0688-2018/CONDUSEF-004523-01.

