

Accidentes Personales Colectivo Multianual GII

Condiciones Generales



THONA SEGUROS®

| LOS ÚNICOS AL ALCANCE DE TODOS |

I.	Definiciones	5
1.	Accidente.....	5
2.	Asegurado	5
a.	Asegurado titular	5
b.	Asegurado dependiente	5
3.	Aseguradora	5
4.	Beneficiario	5
5.	Póliza	5
6.	Certificado Individual	5
7.	Colectividad Asegurable	5
8.	Contratante	5
9.	Deducible.....	6
10.	Detalle de Coberturas	6
11.	Endoso	6
12.	Gasto Usual y Acostumbrado	6
13.	Incapacidad Temporal	6
14.	Pago Directo	6
15.	Periodo de Gracia.....	6
16.	Práctica Profesional del Deporte.....	6
17.	Preexistencia	7
18.	Prima.....	7
19.	Red de Thona	7
20.	Reembolso.....	7
21.	Siniestro	7
22.	Suma Asegurada.....	7
23.	UMA (Unidad de Medida de Actualización).....	8
II.	Cláusulas Generales	8
1.	Contrato.....	8
2.	Temporalidad	8
3.	Comunicaciones.....	8
4.	Modificaciones	8
5.	Moneda	8





6.	Primas	9
7.	Obligaciones del Contratante	9
8.	Número mínimo de Asegurados en la Colectividad	10
9.	Asegurados y Movimientos	10
10.	Terminación del Contrato	12
11.	Rehabilitación	12
12.	Renovación	13
13.	Edad	13
14.	Participación de Utilidades	14
15.	Beneficiarios	15
16.	Falta de Designación	15
17.	Interés Moratorio	15
18.	Competencia	17
19.	Identificación del Cliente	17
20.	Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral	18
21.	Prescripción	18
22.	Uso de Medios Electrónicos	18
23.	Notificación de Reclamaciones	19
24.	Pago de reclamaciones	19
25.	Indemnización al Proveedor	20
26.	Entrega de Documentación Contractual	20
27.	Sistema de Administración	21
a)	Sistema Autoadministrado	21
	Movimientos Durante la Vigencia del Contrato	21
	Ajuste de Primas	22
b)	Sistema Normal (Regular o Detallada)	23
	Movimientos Durante la Vigencia del Contrato	23
	Ajuste de Primas	24
c)	Sistema a Declaración	24
	Movimientos Durante la Vigencia del Contrato	24
	Ajuste de Primas	25
III.	Coberturas	27



Muerte por Accidente.....	27
Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años	27
Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años.....	28
Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente	28
Cobertura de Gastos Médicos por Accidente.....	30
Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	31
Invalidez Total y Permanente por Accidente	31
Incapacidad Temporal por Accidente	32
IV. Exclusiones.....	32
V. Endosos.....	37
Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente.....	37
Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas	37
Lesiones por ingesta de alcohol.....	38
Aviación particular	38
Certificados individuales	38
Consentimientos.....	38
Lesiones por actos delictivos.....	39
Deportes peligrosos.....	39
Uso de motocicleta como herramienta de trabajo.....	39
Uso de motocicleta como medio de transporte	40
Nivel Hospitalario	40
Padecimientos Especiales	40
Antigüedad.....	41



I. Definiciones

1. Accidente

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

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

2. Asegurado

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 y/o certificado individual correspondiente.

a. Asegurado titular

Es la persona que tiene relación directa con el Contratante y pertenece a la colectividad asegurada.

b. Asegurado dependiente

Es la persona que tiene relación con el Asegurado Titular pudiendo ser asegurados en el mismo contrato: Hijos, Cónyuge, Concubina (o), conviviente, Padres y Suegros. O terceras personas que el Asegurado Titular designe.

3. Aseguradora

THONA Seguros S.A. de C.V.

4. Beneficiario

Persona designada por el Asegurado, en el Consentimiento Individual, como titular de los derechos indemnizatorios para el caso de la cobertura de muerte accidental. En caso de las coberturas adicionales se indemnizará al Asegurado Titular o Asegurado Dependiente, según corresponda.

5. Póliza

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

6. Certificado Individual

Documento que la Aseguradora expide por cada Asegurado Titular, en donde consta, entre otros datos, las coberturas y sumas aseguradas amparadas.

7. 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 Aseguradora acepte expresamente cubrir tales condiciones, lo cual deberá constar en la póliza o endoso correspondiente.

8. 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 de toda la Colectividad.



9. 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 con costo inferior al deducible. El deducible no será reinstalable por reclamación, es decir, se pagará una única ocasión.

10. Detalle de Coberturas

Relación de riesgos amparados en la que se indican los límites máximos de responsabilidad de la Aseguradora.

11. Endoso

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

12. Gasto Usual y Acostumbrado

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

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

13. Incapacidad Temporal

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

14. Pago Directo

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

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 se haya pactado el pago en parcialidades.

16. 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.



17. Preexistencia

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

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

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

18. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y/o Asegurados.

19. Red de Thona

Hospitales y/o médicos con los cuales la Aseguradora tiene celebrados convenios para la prestación de servicios médicos para los Asegurados. Esta Red se puede consultar en <https://thonaseguros.mx/>

20. Reembolso

Para efectos del contrato de seguro, 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, hasta el monto de la Suma Asegurada, la cantidad 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.

21. Siniestro

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

22. Suma Asegurada

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

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 **NO SERÁ REINSTALABLE** para nuevos accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

23. UMA (Unidad de Medida de Actualización)

Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores, correspondiéndole al INEGI calcular dicho valor y podrá ser consultado en: <http://www.inegi.org.mx> y/o en el Diario Oficial de la Federación.

II. Cláusulas Generales

1. Contrato

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

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

2. Temporalidad

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

3. Comunicaciones

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

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

4. Modificaciones

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

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

5. Moneda

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



6. Primas

La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato, no obstante el Contratante puede optar por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deben ser por periodos de igual duración y vencen al inicio de cada periodo 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, el cual será de 30 días, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

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 devuelve 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 se realizará dentro de los 10 días naturales posteriores a la fecha en que la Aseguradora reciba la notificación de la separación, en este caso el miembro de la colectividad o el contratante, en el mismo escrito que dirija a la Aseguradora, proporcionarán los datos bancarios de cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente, dando prioridad al medio de pago utilizado por el Asegurado o Contratante para el pago de la prima.

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.

- b. **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.

c. 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 se le envíe el Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Aseguradora enviará dentro de los 30 días siguientes dicho documento al Asegurado.

- d. **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.

- e. **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 a la colectividad asegurada 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 de la colectividad.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad Asegurada 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 de la misma, la Aseguradora, 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.

- f. **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 de la colectividad asegurada, 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 Aseguradora, 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 correspondiente.

La devolución a que se refiere el párrafo anterior se realizará dentro de los 30 días siguientes a la solicitud de baja y a través del medio que manifieste el Contratante y/o Asegurado.



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, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva de la misma, señalando sus características.

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 Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la 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.”

La Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, dicho reembolso se realizará dentro de los 30 días siguientes a la rescisión a través del medio que indique el Contratante y/o Asegurado.

- g. Primas.** En caso de alta o de baja de Asegurados, de aumento o disminución de beneficios, la Aseguradora cobra o devuelve al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo 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, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Primas.
- h. 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 periodo descubierto, que comprende desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.

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

12. Renovación

La Aseguradora renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. **En cada renovación se aplicarán las primas y condiciones que se encuentren en vigor a la fecha de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Las condiciones de aseguramiento serán congruentes con las originalmente contratadas. Para tal efecto, la Aseguradora informará al Contratante las primas y condiciones que aplicarán en cada renovación.**

La solicitud deberá ser presentada a la Aseguradora con al menos 30 días de anticipación a la fecha de terminación de la vigencia de la póliza activa.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, 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 tenga a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

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

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

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

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



I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pague 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	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 aquel en el que el Asegurado cumpla la Edad de Cancelación señalada en el cuadro anterior.

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

14. Participación de Utilidades

El presente contrato no genera participación de utilidades.



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 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 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 Aseguradora la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Observación

“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 Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

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, 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; y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, de acuerdo al Artículo 50 Bis de la misma Ley.

22. Uso de Medios Electrónicos

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

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

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

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

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

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

En caso de que, por cualquier motivo, no reciban la documentación contractual dentro de los 30 días siguientes a la contratación del seguro, el Contratante y/o Asegurado deberán comunicarse con la Aseguradora al número telefónico 5544338900 extensión 112, para que la Compañía entregue la



documentación a través de alguno de los medios señalados anteriormente. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

Terminación del Contrato de Seguro a través de Medios Electrónicos:

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

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

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

23. Notificación de Reclamaciones

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

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

24. Pago de reclamaciones

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

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



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

25. 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, etc.**

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

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

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

26. 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 solicitarlo a la Aseguradora.

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.

27. Sistema de Administración

La Aseguradora y el Contratante convendrán el sistema de administración mediante el cual operará este contrato de seguro, el cual se hará constar en la carátula de la póliza, pudiendo ser:

a) Sistema Autoadministrado

La administración de la Póliza la llevará a cabo el Contratante quien se obliga a: obtener los consentimientos correspondientes, entregar los certificados individuales y cualquier otro documento que contenga derechos y obligaciones derivados de este contrato, a cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada. No obstante lo anterior cualquier asegurado podrá requerir a la Aseguradora un duplicado de dichos documentos.

La Compañía podrá solicitar en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro, lo anterior de conformidad con lo establecido por del artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

Quedarán cubiertos todos los Integrantes desde su ingreso a la Colectividad Asegurada, cuya fecha se hará constar en el Certificado Individual, sin que exista la obligación por parte del Contratante de notificar a la Compañía su ingreso a la Colectividad Asegurada y dejarán de estarlo al separarse definitivamente de la Colectividad Asegurada.

El Contratante entregará al inicio de la contratación del seguro un listado de los miembros de la Colectividad Asegurada. Al término de la vigencia de la póliza entregará a la Compañía el reporte de movimientos de altas y bajas que se tuvieron durante la vigencia del Contrato de Seguro. Dentro del reporte que el Contratante entregue a la Compañía, deberá informarle los Asegurados que se encuentra en proceso de obtener la dictaminación de una incapacidad total y permanente o invalidez. La Compañía se obliga a amparar a los nuevos Integrantes desde la fecha en que reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes y se de de alta en la Colectividad, hasta por la Suma Asegurada Máxima establecida en la carátula de la Póliza bajo los siguientes supuestos:

- i) En los casos en que durante la vigencia de la póliza, se requiera que la suma asegurada para algún miembro de la Colectividad Asegurada sea mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada para cada asegurado, el Contratante lo deberá solicitar por escrito a la Compañía, quien podrá exigir dentro de los 30 días siguientes a la solicitud, requisitos médicos u otros para asegurarlos con la Suma Asegurada requerida, en caso de que no se le entreguen a la Compañía los requisitos señalados, el miembro de la colectividad asegurada quedará cubierto bajo las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.
Cuando la Compañía haya exigido requisitos a que se refiere el párrafo anterior, contará con 30 días naturales contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver la aceptación o no de asegurar a la persona con la suma asegurada requerida, de no hacerlo se entenderá que acepta la solicitud de aumento de suma asegurada para esa persona.



- ii) Para los casos en que la regla de Suma Asegurada sea con base a sueldos y se lleve a cabo, dentro de la vigencia de la póliza un incremento general en la nómina el Contratante deberá reportar a la Compañía dichos incrementos dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haberse aplicado, a fin de que la Compañía realice los ajustes que correspondan.

En caso de no presentar lo señalado en el párrafo anterior, la Suma Asegurada aplicable será la establecida para la Colectividad Asegurada al inicio de vigencia de este contrato. El monto de la indemnización en caso de Siniestro, será conforme a lo estipulado en la carátula de la póliza y/o certificados individuales correspondientes, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro. Si ésta se establece con base en el sueldo del Integrante, se considerará el que esté vigente al momento de ocurrir el siniestro y deberá comprobarse al momento de la reclamación presentando el recibo de nómina que corresponda o documento que ampare el sueldo vigente al momento del siniestro, el cual deberá ser proporcionado por el Contratante, Asegurado o beneficiarios, en su caso.

- iii) Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (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 de la Colectividad Asegurada.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, la Compañía, dentro de los 30 (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 Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados 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 entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Ajuste de Primas

Los ajustes en Primas por motivos de incremento general en la nómina o por incremento de la suma asegurada durante la vigencia de la póliza, se cobrará a prorrata en la misma forma de pago de la Póliza, dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento que ocurran, de no ser cubiertos estos ajustes en el plazo señalado, quedarán sin efecto los movimientos que amparen, y los Siniestros, en caso de ocurrir, serán pagados conforme las condiciones anteriores, sin considerar ajuste alguno.

Al término de la vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante deberá enviar un listado actualizado de las sumas aseguradas para cada uno de los integrantes de la Colectividad, así como los movimientos de altas y bajas que se hayan efectuado durante la vigencia del contrato, con esa información se determinará el cálculo de ajuste de Primas por altas, bajas e incrementos



individuales de Suma Asegurada dentro de la Colectividad Asegurada. Se obtendrá la diferencia con el importe de la Suma Asegurada total reportada al inicio de vigencia y la reportada al final del año, a la que se aplicará la cuota promedio actual aplicada a la mitad del año, dando como resultado el importe del recibo correspondiente a este concepto. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de entrega por parte de la Compañía. En caso de que no se efectúe dicho pago, se mantendrán las mismas condiciones e Integrantes que no hayan salido de la Colectividad Asegurada y hayan estado en vigor a la fecha de inicio del último periodo de cálculo.

b) Sistema Normal (Regular o Detallada)

De aparecer en la carátula de la póliza este sistema de administración, la Compañía administrará la entrega de la documentación contractual de la póliza, recibiendo de los Asegurados los Consentimientos y entregando a éstos los Certificados.

Este sistema será aplicable bajo los siguientes supuestos:

- i. Pólizas opcionales, es decir, cuando los Integrantes participen en el pago de la Prima.
- ii. Cuando la regla de Suma Asegurada sea diferente en cada subgrupo perteneciente a la misma Colectividad

Para este sistema el Contratante deberá notificar por escrito los movimientos de altas, bajas y/o incrementos de Suma Asegurada en cada mes contado a partir del inicio de vigencia de la Póliza, debiendo entregar a la Compañía la documentación correspondiente de cada movimiento realizado durante la vigencia de la Póliza.

Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

- i. **Ingreso en la Colectividad Asegurada**
Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán Asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para aseguradas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados 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 entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).





THONA SEGUROS®

| LOS ÚNICOS AL ALCANCE DE TODOS |

- ii. **Bajas en la Colectividad Asegurada**
Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente (artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Los Integrantes que se pensionen o se jubilen durante la vigencia de este Contrato de Seguro, continuarán asegurados hasta la terminación de dicha vigencia. A solicitud del Contratante, la Compañía podrá continuar asegurando a las personas que sufran una incapacidad total y permanente durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se cubran las primas que correspondan y no se haya dado la baja de la Colectividad Asegurada.

El Contratante deberá comunicar inmediatamente por escrito a la Compañía el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja de la Colectividad Asegurada. Las bajas de los Integrantes serán inscritas en el registro de asegurados.

Cuando un Integrante no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se haya obligado, éste podrá solicitar su baja a la Compañía cesando su cobertura al vencerse el periodo de gracia del periodo de que se trate.

Ajuste de Primas

Para los aumentos o disminuciones de Suma Asegurada, los ajustes en las Primas se realizarán de acuerdo a la edad, ocupación y Suma Asegurada individual, cobrando o devolviendo a prorrata por meses completos.

Se realizarán también ajustes en Primas cuando exista cambio de regla para determinar la Suma Asegurada, cobrándose a prorrata con la misma forma de pago de la Póliza dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes al momento en que se otorgue el cambio. De no ser cubierto dicho ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

c) Sistema a Declaración

De aparecer en la carátula de la póliza este sistema de administración, el Contratante declarará mensualmente a la Compañía la información de la Colectividad Asegurada y el pago de la prima se hará mensualmente, de acuerdo a dicha declaración.

La administración de la Póliza se llevará a cabo por el Contratante, bajo convenio previo a la contratación de este seguro entre la Compañía y el Contratante. El Contratante se comprometerá a administrar los documentos consistentes en los Consentimientos, entrega de Certificados individuales o hacer del conocimiento de los Integrantes la información prevista en los Certificados.

La Compañía podrá solicitarle en cualquier momento y por cualquier motivo, la entrega de la información que el Contratante tenga en su poder derivada de este Contrato de Seguro de conformidad con lo establecido por el artículo 23 del Reglamento de Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Movimientos Durante la Vigencia del Contrato

El Contratante tendrá la obligación de proporcionar mensualmente, la información relativa a los nuevos Integrantes que formarán parte de la Colectividad Asegurada.



Quedarán cubiertos todos los Integrantes que el Contratante reporte a la Compañía y dejarán de estarlo al momento en el que el Contratante deje de reportarlos o solicite su baja.

La Compañía se compromete a proteger a los nuevos Integrantes desde la fecha en que se informe su ingreso a la Colectividad Asegurada y hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días siguientes a su ingreso a dicha Colectividad, hasta por la Suma Asegurada Máxima contratada por el Contratante, sin requisitos de asegurabilidad, establecida en la carátula de la Póliza.

En los casos en que durante este periodo sea solicitada una Suma Asegurada mayor a la Suma Asegurada Máxima pactada en la Póliza, el Contratante deberá solicitar por escrito a la Compañía, para cada caso concreto, su solicitud a lo que la Compañía podrá solicitar requisitos de asegurabilidad. El Contratante deberá presentar las pruebas requeridas por la Compañía, para lo que se concederá un plazo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de la solicitud.

En caso de no presentar lo solicitado en el párrafo anterior, la Suma Asegurada aplicable será la establecida para la Colectividad Asegurada al inicio de la vigencia de este contrato. El monto de la indemnización, en caso de Sinistro, será conforme a la regla de Suma Asegurada que se estipule en la carátula de Póliza, Relación de Integrantes y Certificado individual, de acuerdo a lo solicitado por el Contratante en la solicitud de Seguro.

Ingreso en la Colectividad Asegurada

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (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 de la Colectividad Asegurada de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, la Compañía, dentro de los 30 (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 Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contados 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 entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza (artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades).

Ajuste de Primas

Se ajustará la Prima de cada recibo, de acuerdo a la forma de pago establecida en la carátula de Póliza, en el entendido de que en caso de que el Contratante no realice la declaración, de modificaciones por aumento o disminución en la Suma Asegurada aplicable a uno o varios Integrantes, se tomará como vigente la última que se haya realizado. El importe de dicho recibo, deberá pagarse dentro del periodo de gracia establecido en este contrato. En caso de que no se efectúe dicho pago cesan los efectos de este contrato de seguro.



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 Aseguradora, 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 a cada cobertura:

PARA LA COBERTURA DE MUERTE POR ACCIDENTE

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.

Certificado Individual, si lo tuviese.

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción, si lo tuviera.

Acta de defunción del Asegurado.

Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

Acta de matrimonio actualizada (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.

Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago.

PARA LAS COBERTURAS DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.

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.

Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago.

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

Formato de reclamación y aviso de accidente el cual será proporcionado por la Aseguradora.

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 Incapacidad, Invalidéz o Pérdidas Orgánicas.

Historial clínico, informe médico, estudios de laboratorio y gabinete.

Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.



Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago.

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

En los casos en que de los documentos arriba señalados no sea posible determinar las circunstancias y consecuencias del siniestro, la Compañía tendrá derecho de solicitar documentos e información adicionales, lo anterior de conformidad a lo estipulado por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

III. Coberturas

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

Muerte por Accidente

La Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente 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 objeto cubrir gastos funerarios y por lo tanto la suma asegurada no podrá ser mayor al equivalente a 60 veces el valor mensual de la UMA (Unidad de medida y Actualización vigente a la fecha del siniestro).

Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años

La Aseguradora pagará al Asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado mayor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza 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.

Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años

La Aseguradora pagará al Asegurado Titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza 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.

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 y/o certificado individual correspondiente.

a) Escala A.

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

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

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

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

- i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.



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

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

b) Escala B

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

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

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

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

- i. 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.



ii. 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.

Cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Ampara el riesgo de someterse, en territorio nacional, a un tratamiento médico y/o quirúrgico, hospitalización, hacer uso de servicios de enfermería, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente cubierto hasta por la suma asegurada contratada que se muestra en la póliza y/o certificado individual. El pago de este beneficio podrá ser mediante Pago Directo o Reembolso de acuerdo con lo estipulado en la cláusula Pago de reclamaciones

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

Tanto los accidentes relacionados con rodilla y nariz, así como los insumos de ortesis indicados en el párrafo anterior, tendrán Suma Asegurada limitada de acuerdo con lo indicado en el endoso de Padecimientos Especiales siempre y cuando dicho endoso se encuentre amparado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

Se entenderá por lesión de rodilla los esguinces, fracturas, luxaciones, contusiones, heridas que ocurren sobre los elementos que componen la articulación de rodilla (huesos, ligamentos, tendones, nervios, etc).

Se entenderá por lesión de nariz a las fracturas, heridas, luxaciones (desvío del tabique), contusiones que ocurren sobre Los elementos que componen la nariz.

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

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

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

La Aseguradora pagará, previa comprobación y una vez superado el deducible establecido en su caso, el costo de los mencionados tratamientos hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que éstos 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.

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

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

Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados: al cónyuge, concubino o conviviente y a los hijos del Asegurado titular.

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.

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

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



Para efectos de esta cobertura se entiende por pérdida:

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

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

Incapacidad Temporal por Accidente

Si como consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado sufriera un estado de incapacidad total temporal, la Aseguradora pagará en una sola exhibición la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, 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.

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

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

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

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

IV. Exclusiones

No se cubrirán los siniestros cuando sean a consecuencia de:

- a) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección,**



invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), alborotos populares o revolución,

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

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

- a) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- c) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
- d) Práctica profesional de cualquier deporte.
- e) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.



EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

El contrato de seguro no cubre gastos médicos derivados de:

- a) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- b) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada, que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
- c) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente lo establecido en el apartado de “Definiciones”.
- d) Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine)
- e) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- f) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
- g) Gastos por tratamiento profiláctico, preventivo, multivitamínicos, suplementos alimenticios, gastro protectores, y gastos personales no relacionados con el tratamiento dentro del hospital.

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

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



para mejorar la audición, que el Asegurado ya utilizaba, cualquiera que sea su tipo y sin importar la naturaleza o causa de su reposición.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

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

- a) Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas o hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- b) Cualquier tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por la Aseguradora. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.
- c) El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional.
- d) Tratamientos con fines estéticos, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización, de cirugía plástica salvo que sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del contrato
- e) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias
- f) Una enfermedad psíquica o nerviosa
- g) Un chequeo médico
- h) Una interrupción voluntaria del embarazo
- i) Un estado de demencia
- j) Las estancias en hospital y/o clínicas para curas de desintoxicación alcohólica
- k) Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades
- l) Diálisis y hemodiálisis



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

n) Padecimientos o enfermedades preexistentes.

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

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

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

Se ampara las siguientes actividades mediante convenio expreso y señaladas en la carátula de la póliza 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,



tauramaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

- a) Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.**
- b) Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes, según se definen en estas condiciones.**
- c) Reclamaciones relacionadas con tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis, psicosis, excepto si se demuestra que son consecuencia de un accidente.**

V. Endosos

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

Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente

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

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

Certificado de defunción (copia)
Carpeta de Investigación del Ministerio Público
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.

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.



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.

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.

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.

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.

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 de la Carpeta de Investigación del Ministerio Público certificada por el mismo, en donde se acredite que el evento que ocasionó las lesiones fue contra su voluntad.

Deportes peligrosos

Por medio del presente endoso se cubre 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.

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.

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.

Nivel Hospitalario

Pago Directo: Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Medio y dentro de la Red de Thona, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo aplicando las condiciones contratadas. Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Alto y dentro de la Red de Thona, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo incrementando el deducible contratado en la cantidad de Mil Pesos mexicanos y los gastos hospitalarios procedentes serán indemnizados al 85%.

Reembolso: Cuando la atención médica sea en hospitales fuera de la Red de Thona, la indemnización se realizará vía Reembolso aplicando el tabulador vigente al momento del siniestro. Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel alto, la indemnización podrá realizarse vía reembolso incrementando el deducible contratado en la cantidad de Mil Pesos mexicanos y los gastos hospitalarios procedentes serán indemnizados al 85%.

Padecimientos Especiales

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. No se cubren procedimientos con fines estéticos.

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.



Quedan excluidas las lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine).

Antigüedad

Se reconoce la antigüedad de cada Asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de vigor el inicio de la primera expedición de una póliza en una institución mexicana de seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura.

El reconocimiento de antigüedad se otorga únicamente para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas y/o clausulas sujetas a dicha condición (disputabilidad y suicidio); será reducción o eliminación de acuerdo al periodo que se haya tenido cubierto en otra aseguradora.

Si la documentación con la cual se respalda el periodo cubierto en otra aseguradora, no se presenta al contratar la póliza, el reconocimiento de antigüedad estará condicionado a la aceptación por parte de Thona Seguros.

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificación alguna, en lo que respecta a este endoso

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>

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.



<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Leyes%20y%20Reglamentos/Reglamento%20del%20Seguro%20de%20Grupo%2020-jul-2009.pdf>

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

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

Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

COMISION NACIONAL PARA LA PROTECCION Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)

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

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

Página internet: www.condusef.gob.mx

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de Agosto de 2020, con el número CNSF-S0120-0400-2020/CONDUSEF-004489-01.



Folleto de derechos básicos Contratante, Asegurado y Beneficiario



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

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



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



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



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



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



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



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

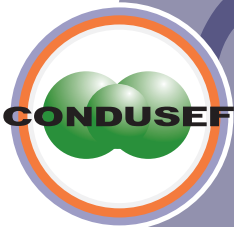
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

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

atencionaclientes@thonaseguros.mx

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de Agosto de 2020, con el número CNSF-S0120-0400-2020/CONDUSEF-004489-01.