

BENEFICIO ADICIONAL QUE SE AGREGA AL SEGURO DE VIDA GRUPO

De aparecer como amparado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, la Compañía otorgará la siguiente cobertura:

La cobertura de DESEMPLEO será conformada por los beneficios Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal de acuerdo a lo siguiente:

La indemnización máxima para este Beneficio será de _____.

Las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal, son excluyentes.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO (Empleados Subordinados)

Es la terminación de la relación de trabajo del Asegurado durante la vigencia de la **Póliza** y/o certificado individual, por alguna de las causales establecidas en el artículo 51 de la Ley Federal del Trabajo o por causas distintas a las previstas en el artículo 47 de la misma ley.

Son elegibles para la cobertura de desempleo sólo las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura se encuentren sujetos a una relación laboral por tiempo indeterminado, en jornada laboral completa (40 horas semanales como mínimo), y trabajen para una empresa que se encuentre inscrita ante el Registro Federal de Contribuyentes.

Periodo de Carencia. Es el periodo que deberá transcurrir a partir de que el Asegurado es dado de alta en el Grupo Asegurado para que se encuentre cubierto bajo esta cobertura. Dicho periodo será de 30 días naturales.

Periodo de Espera: Es el periodo que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra el desempleo, para que en términos contractuales se origine el pago del beneficio. El periodo de espera es de 30 días naturales.

Descripción de la Cobertura

En caso de que el Asegurado, dentro de la vigencia de su certificado y una vez transcurrido el periodo de carencia respectivo, quede desempleado involuntariamente, por despido injustificado, la Compañía pagará al Asegurado, el beneficio mensual contratado después de transcurrido el periodo de espera y hasta que el asegurado se reincorpore a su actividad o trabajo, o concluya el Número Máximo de Pagos estipulados en este documento, lo que ocurra primero.

Los beneficios se harán efectivos siempre y cuando:

1. El Desempleo Involuntario ocurra después de haber transcurrido el Periodo de Carencia.
2. El Asegurado permanezca desempleado en forma continua durante el Periodo de Espera.

Terminación de pago de Beneficio

La Compañía terminará el pago del beneficio al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Que el asegurado fallezca;
2. Que termine el estado de Desempleo Involuntario.
3. Al haberse efectuado el Número Máximo de Pagos del beneficio.

EXCLUSIONES

Esta Cobertura no ampara:

- 1. Renuncia voluntaria del empleo.**

- 2. Retiro por jubilación o cesantía en edad avanzada.**
- 3. Desempleo derivado de la terminación de la relación laboral por mutuo consentimiento.**
- 4. Pérdida del empleo por guerra declarada o no declarada, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, motín o catástrofe nuclear.**
- 5. A personas con empleo temporal.**
- 6. A trabajadores independientes.**
- 7. Despido o terminación de la relación de trabajo por las causas descritas en el Artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).**
- 8. Cuando el Asegurado hubiere tenido conocimiento de que se produciría su desempleo, dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha en que se le dé de alta al Grupo Asegurado.**
- 9. Suspensión de los efectos de la relación de trabajo de acuerdo al artículo 42 y sus fracciones y demás relativos de la Ley del Trabajo.**
- 10. Derivado de programas anunciados por el empleador del Asegurado, previo a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura, para reducir su fuerza de trabajo o iniciar despidos que de manera específica o en general incluyan la descripción de las actividades laborales desempeñadas por el Asegurado; y**
- 11. Desempleo Involuntario del Asegurado que se inicie dentro del Periodo de Carencia.**

PRUEBAS

1. Solicitud de reclamación firmada (original).
2. Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía del Asegurado.
3. A efecto de acreditar la relación laboral, la cual deberá ser de al menos un (1) año a la fecha de reclamación de la cobertura, con alguno de los siguientes: (i) copia de última inscripción al IMSS o ISSSTE, (ii) copia de contrato laboral por tiempo indeterminado, (iii) copia de contrato de prestación de servicios o cualquier otro convenio del que se infiera la existencia de un servicio personal subordinado con dependencia directa, del cual se obtenga una remuneración periódica, (iv) copia certificada de laudo arbitral que acredite la relación laboral, (v) copia de los últimos 12/24 recibos de nómina –según hayan sido mensuales o quincenales-, (vi) copia de los últimos 12/24 recibos de ingresos -según hayan sido mensuales o quincenales- con numeración consecutiva, si no fuere consecutiva, sustentada con estados de cuenta bancarios en los que se acrediten los depósitos al titular del recibo sin dependencia económica con otro empleador, (vii) copia de los últimos doce (12) estados de cuenta bancarios, en los que se acrediten los depósitos consecutivos del patrón o empleador, y que no se evidencie dependencia económica con otro empleador; o (viii) original de carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral.
4. Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original de cualquiera de los siguientes documentos: (i) comprobante de liquidación, (ii) comprobante de finiquito donde se demuestre la existencia de una indemnización, junto con los últimos dos (2) recibos o comprobantes de ingresos, (iii) original de carta del patrón o empleador indicando el motivo de la separación; o (iv) copia certificada de laudo arbitral en el que se declare que no hubo causa justificada para el despido, o convenio elevado a laudo ejecutoriado en el que se reconozca la inexistencia de justificación para el despido o terminación de relación / la documentación que sustente y acredite la demanda presentada por despido injustificado ante la autoridad competente/según se convenga.
5. En caso de que el Asegurado haya sido derechohabiente del IMSS, copia simple de la baja ante el IMSS.
6. Consentimiento / certificado debidamente requisitado y firmado por el Asegurado, si existiera o si lo tuviera.
7. Para el pago de las siguientes mensualidades, el Asegurado deberá acreditar la continuidad del estado de desempleo para poder recibir el beneficio del mes en curso, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, acompañado de documento oficial que demuestre que no se encuentra cotizando en ningún instituto de seguridad social.

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

La Compañía reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el despido injustificado del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago del beneficio. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley.

Toda documentación que vayan a entregar en copia debe de estar debidamente cotejada con la siguiente leyenda:

“Se hace constar que la presente copia coincide con el original que se tuvo a la vista”

Deberá venir además de la leyenda:

- Fecha en la que se hizo el cotejo
- Nombre completo sin abreviaturas (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno) de quien cotejó y su firma (si la firma es su nombre, deberá escribirlo dos veces)

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Trabajadores Independientes)

Es la pérdida de facultades o aptitudes del Asegurado, por enfermedad o accidente ocurrido dentro de la vigencia del certificado correspondiente, que lo imposibilita totalmente para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

Serán elegibles para la cobertura de incapacidad total temporal por accidente o enfermedad cubiertos, las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente, que perciban un ingreso y que se encuentren inscritos en el Registro Federal del Contribuyente.

Periodo de Carencia. Es el periodo que deberá transcurrir a partir de que el Asegurado es dado de alta en el Grupo Asegurado para que se encuentre cubierto bajo esta cobertura. Dicho periodo será de 30 días naturales.

Periodo de Espera: Es el periodo que debe transcurrir, a partir de la fecha en que ocurra la incapacidad total temporal, para que en términos contractuales se origine el pago del beneficio. El periodo de espera es de 30 días naturales.

Descripción de la Cobertura

En caso de que el Asegurado, dentro de la vigencia de su certificado y una vez transcurrido el periodo de carencia respectivo, sufra una Incapacidad Total Temporal, la Compañía le pagará el beneficio mensual contratado después de transcurrido el periodo de espera y hasta que el Asegurado se reincorpore a su actividad o trabajo, o concluya el Número Máximo de Pagos estipulados en este contrato, lo que ocurra primero.

Exclusiones

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

- a. Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.**
- b. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- c. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.**
- d. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con**

itinerarios fijos y rutas establecidas.

- e. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- f. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.
- g. 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.
- h. Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- i. Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes.
- j. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- k. Tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis cualquiera que sea su causa.
- l. Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto cuando sean a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.
- m. Lesiones sufridas por la culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar en estado de alcoholismo o por el uso de estimulantes o drogas excepto si fueron prescritas por un médico.
- n. Se excluye a las personas que están empleadas de tiempo completo y trabajan para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.

Se entenderá por enfermedad preexistente: Enfermedad o padecimiento preexistente

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

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

Únicamente se considerará como condición preexistente, los estados de invalidez originados o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, así como las enfermedades o lesiones accidentales preexistentes, con un pronóstico médico, previo a la contratación del seguro y/o alta del Asegurado a la póliza, de invalidez a ocurrir durante la vigencia de la póliza, o los tratamientos prescritos por un médico especialista, con anterioridad a la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, con un alto riesgo de provocar la invalidez total temporal.

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

ACUERDO DE ARBITRAJE MEDICO (APLICABLE PARA LA EXCLUSIÓN DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES)

En caso de que La Compañía rechace un siniestro como consecuencia de un padecimiento o enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la medicina del trabajo, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

Si se dictamina que el siniestro es procedente, La Compañía cubrirá en su totalidad el costo y los gastos que hubiera generado la intervención del médico especialista. De resultar improcedente, el Asegurado cubrirá en su totalidad el costo y los gastos que hubiera generado la intervención del médico especialista.

En caso de que el Asegurado se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador especialista en la materia de La Compañía.

Pruebas

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por esta cobertura, el Asegurado deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

1. Declaración del siniestro a la Compañía, en el formato que ésta le proporcione.
2. Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado. En caso de ser extranjero, copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
3. Original (para cotejo) y copia del comprobante de domicilio con antigüedad no mayor de tres meses;
4. Original de la póliza y/o Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento con el que acredite la existencia del seguro;
5. Las últimas seis declaraciones mensuales presentadas ante el Servicio de Administración Tributaria en dónde se acrediten los ingresos obtenidos en dicho periodo.
6. Original de informe médico que sugiera la Incapacidad Total Temporal (en el entendido de que el médico que emite el informe médico no podrá ser familiar del Asegurado);
7. Estudios, exámenes, análisis y documentos realizados con interpretación (RX, tomografías, entre otros) que sirvieron de base para determinar la Incapacidad Total Temporal;
8. Una vez comprobado el estado de Incapacidad Total Temporal del Asegurado, para el pago de las siguientes amortizaciones mensuales, el Asegurado deberá acreditar a la Compañía, continuar en estado de Incapacidad Total Temporal, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, así como los documentos que acrediten fehaciente e indubitablemente su estado de Incapacidad Total Temporal.

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

Toda documentación que vayan a entregar en copia debe de estar debidamente cotejada con la siguiente leyenda:

“Se hace constar que la presente copia coincide con el original que se tuvo a la vista”

Deberá venir además de la leyenda:

- Fecha en la que se hizo el cotejo
- Nombre completo sin abreviaturas (Nombre (s), Apellido Paterno, Apellido Materno) de quien cotejó y su firma (si la firma es su nombre, deberá escribirlo dos veces)

La Compañía reserva el derecho de solicitar la información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el despido injustificado del Asegurado, con el objeto de determinar si es procedente el pago del beneficio. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, la Compañía podrá solicitar documentación adicional a la indicada, de conformidad con el Artículo 69 de la Ley.

Límites de edad

Los límites de edad para admisión serán de 15 a 64 años, renovación 64 y cancelación 65 años. No obstante lo anterior, la Compañía podrá aceptar a personas que se encuentren fuera de los límites de aceptación siempre y cuando lo solicite el Contratante.

Legislación Adicional a que hace referencia la cobertura de Desempleo Involuntario:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf

Los demás términos y condiciones del Contrato de seguro no sufren modificación alguna.

Unidad Especializada de Atención a Clientes de Thona Seguros, S.A. de C.V.

Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7 Col. Tlacoquemecatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía

Benito Juárez CDMX Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx

Email: atencionclientes@thonaseguros.mx

Horario: lunes a jueves de 8:30 a 19:00 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas

CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur Colonia del Valle C.P. 03100, Ciudad de México

Teléfonos: (55) 5340-0999 y (800) 9998080 www.condusef.gob.mx/oficinasdeatencion

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de Febrero del 2018, con el número BADI-S0120-0070-2017.