



Seguro de Grupo Vida sin Participación de Utilidades

Condiciones Generales

Julio 2015

THONA Seguros, S. A. de C. V.

DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato se entenderá por:

1. Compañía

THONA Seguros, S. A. de C. V.

2. Póliza

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

3. Endoso

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

4. Contratante

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

5. Grupo Asegurado

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

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

6. Asegurado

Cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado, que gozarán del beneficio por los riesgos amparados en la Carátula de esta Póliza.

7. Beneficiario

Persona física designada en la Póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.

8. Detalle de Coberturas

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

9. Vigencia

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

10. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura, ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

11. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante.

12. Siniestro

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

13. Pérdida Orgánica

- a) Pérdida de una mano.** Separación o anquilosamiento en nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b) Pérdida de un pie.** Separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- c) Pérdida de los dedos.** Separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.
- d) Pérdida de la vista.** Pérdida completa y definitiva de la visión.

14. Invalidez Total y Permanente

Se considerará que existe Invalidez Total y Permanente cuando el Asegurado, como consecuencia de una enfermedad o accidente, se halle imposibilitado de manera permanente, para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración comprobable percibida de acuerdo con sus habilidades y conocimientos durante el último año de trabajo.

Para poder decretar el estado de invalidez o incapacidad total y permanente se requiere que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente y no opera el periodo de espera citado en el párrafo anterior, la pérdida de:

- a)** La vista en ambos ojos de manera irreparable y absoluta
- b)** Ambas manos
- c)** Ambos pies
- d)** Una mano y de un pie
- e)** Una mano conjuntamente con la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo

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 concuerdan con la oferta acordada, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que se reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

2. Modificaciones

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

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

3. Consentimientos Individuales

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

4. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de asegurados, el cual debe contar con la siguiente información: nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes del grupo o colectividad; sumas aseguradas o regla para determinarlas; fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo; operación y plan de seguros de que se trata; número de certificado individual y coberturas amparadas. A solicitud del Contratante, la Compañía le entrega copia de este registro.

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

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

El incumplimiento por parte del Contratante, sobre la entrega a La Compañía de la información que debe contener el Registro de Asegurados, traerá como consecuencia que la Compañía, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato, el Seguro continuará en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubrirá la Prima correspondiente. Si no existe una relación contractual entre el Asegurado y el Contratante, la Compañía tendrá pleno derecho en dar de baja al Asegurado y cobrar la Prima correspondiente por el tiempo que estuvo asegurado.

5. Certificados Individuales

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

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

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

6. Omisiones o Declaraciones Inexactas

Conforme al artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes Personales, en relación con los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, están obligadas a declarar por escrito a la Compañía de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de su ingreso al grupo asegurado. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, por cuanto al certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

7. Vigencia del Contrato

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

8. Terminación del Contrato

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

- a)** Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones
- b)** En términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, una vez transcurrido el periodo de gracia establecido en estas Condiciones Generales sin que se haya pagado la prima o fracción de ésta.
- c)** El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no podrá ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento. En este caso, la Compañía se obliga a devolver la Prima No Devengada a la fecha de cancelación, descontando de ella, los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato.

9. Prima

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

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

10. Pago de Prima

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

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones

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

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

11. Periodo de Gracia

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

En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días del periodo de gracia la Compañía deducirá de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida del grupo a dicho periodo que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el periodo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.

12. Ajuste de la Prima

En cada renovación, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados y experiencia que haya tenido en los periodos de seguro.

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

13. Renovación

La Compañía podrá renovar este Contrato, a solicitud del Contratante, siempre que se reúnan los requisitos de contratación del Seguro de Grupo.

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

14. Rehabilitación

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

- a)** El Contratante lo solicite por escrito, en los términos del formulario que para tal efecto le proporcionará la Compañía.
- b)** Los integrantes del Grupo presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía.

15. Moneda

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

16. Disputabilidad

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

antes de celebrarse el Contrato. En caso de rehabilitación de un Certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que esta sea aceptada por la Compañía.

17. Prescripción

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

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

18. Comunicaciones

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

Las notificaciones que se deban de realizar al Contratante se deberán hacer por escrito y dirigirse al último domicilio notificado a la Compañía.

19. 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.

20. Obligaciones del Contratante

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

- a)** Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deberán contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla y la designación de Beneficiarios como datos mínimos de información.
- b)** Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado 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.
- d)** En caso de modificación, enviar a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, si es que lo amerite.
- e)** Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

21. Alta de Asegurados

Las personas que ingresen al Grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que

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

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

22. Baja de Asegurados

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

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

23. Derecho a Seguro Individual por Seguro de Prestación Laboral

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

La Compañía tiene la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo o colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir cobertura adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía.

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

La suma asegurada es la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de su separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Compañía, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de su separación.

La prima será determinada de acuerdo con los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El solicitante debe pagar a la Compañía la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor.

24. Cambio de Contratante

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

En cualquier caso, la Compañía reembolsa a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

25. Beneficiarios

Todo integrante del grupo o colectividad designa libremente a sus beneficiarios y siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier integrante del grupo o colectividad puede cambiar el beneficiario designado mediante notificación por escrito a la Compañía.

El Contratante no puede intervenir en la designación de beneficiarios, ni puede, en ningún caso, figurar con este carácter salvo que el objeto del contrato de seguro sea alguno de los siguientes:

- a) Garantizar créditos concedidos por el Contratante, o bien prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo. Para el caso de que el seguro garantice créditos, el Contratante sólo puede ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente.
- b) Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- c) Resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pueda causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

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

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

26. Edad

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

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

- a) Si la edad declarada resultase inferior a la real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real, en la fecha de celebración del Contrato, efectuándose para tal efecto, el ajuste de costos que significó en diferencia de primas, la inexacta declaración de edad. Las primas ulteriores deberán aplicarse de acuerdo a la edad real.
- b) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la Reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- c) En cualquier caso, el Contratante estará obligado a pagar a la Compañía en los subsecuentes vencimientos de las primas, la correspondiente a la edad real del Asegurado de que se trate.

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

Las edades de aceptación y cancelación para este seguro se establecerán en la carátula de la póliza, en caso contrario se entenderá que son de 30 días de nacido a los 85 años cumplidos, cancelándose automáticamente la cobertura en el aniversario inmediato posterior a aquel en que la edad del asegurado sea de 86 años, en el caso de la cobertura familiar para los hijos las edades de aceptación son de los 30 días de nacidos a los 24 años cumplidos, cancelándose automáticamente la cobertura en el aniversario inmediato posterior a aquel en que el hijo asegurado tenga la edad de 25 años.

27. Ajustes de la Suma Asegurada

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

28. Sistema de Administración

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

29. Formas de Liquidación

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

30. Suicidio

En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años de la vigencia continua del Contrato y del respectivo Certificado individual de Seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente devolverá la Reserva Matemática correspondiente respecto del integrante del Grupo Asegurado.

31. Notificación de Comisiones

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

32. Cambio por Riesgos

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud y/o Consentimiento referente a residencia, ocupación, viajes y en general al género de vida de los Asegurados. Cualquier cambio a estas circunstancias deberá de notificarse a la Compañía, con el propósito de evaluar el nuevo riesgo y si procede ajustar la prima correspondiente.

33. 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 Fianzas, que a la letra dicen:

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

haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

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

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*

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;*

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."

Comprobación del siniestro

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

FALLECIMIENTO

- a) Formato de reclamación
- b) Póliza original, si la tuviera
- c) Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
- d) Certificado de defunción
- e) Acta de defunción del asegurado
- f) Acta de nacimiento del asegurado
- g) Acta de nacimiento del (los) beneficiario (s)
- h) Acta de matrimonio (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
- i) Copia de identificación oficial del Asegurado y Beneficiarios
- j) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
- k) En caso de muerte accidental, copias certificadas de las actuaciones del Ministerio Público completas.

INVALIDEZ/PÉRDIDAS ORGÁNICAS/GRAVES ENFERMEDADES/CÁNCER

- a) Formato de reclamación
- b) Póliza original, si la tuviera
- c) Último recibo de pago de primas, si lo tuviera
- d) Acta de nacimiento del asegurado
- e) Copia de identificación oficial del Asegurado
- f) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
- g) Original del dictamen de Invalidez o Pérdidas Orgánicas
- h) Diagnóstico de la grave enfermedad o cáncer por médico especialista o institución de salud pública.
- i) Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

La Compañía se reserva el derecho a solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

COBERTURAS

Coberturas Básicas

Fallecimiento

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

Anticipo de Suma Asegurada por enfermedad terminal

La Compañía pagará al Asegurado la suma equivalente al 50% de la suma asegurada siempre que éste no sea superior a \$500,000.00 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.), al momento de presentar las pruebas de su estado terminal a La Compañía, y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

Se considera que una enfermedad es terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico – curativo, no paliativo que permita una supervivencia mayor a 365 días.

Para determinar el estado terminal del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica completa 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 un médico particular certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad correspondiente.

La Compañía 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 del pago del anticipo de la suma asegurada. En caso de que el médico dictaminador de La Compañía, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no es terminal, 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 Compañía, 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 Compañía.

En todos los casos, los dictámenes médicos deberán señalar el pronóstico de vida del Asegurado.

No se considerará como tratamientos médicos aquellos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicas producidos por el mismo padecimiento; o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

Exclusiones

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

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

Este beneficio aplica después de un año de vigencia ininterrumpida de la póliza para asegurados adicionales.

Coberturas Adicionales.

En la carátula de la póliza deberá estar incluida.

Gastos Funerarios

En caso de Fallecimiento del Asegurado, La Aseguradora pagará al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada establecida en la carátula de póliza para esta cobertura, en un plazo que no excederá de 24 horas hábiles contadas a partir del momento en el que reciba el certificado de defunción del Asegurado.

Gastos Funerarios Familiar

La Compañía pagará al Asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si alguno de sus hijos asegurados o su cónyuge o concubino (a) fallece durante el plazo del seguro. El pago se realizará en un plazo que no excederá de 24 horas hábiles, una vez presentado el certificado de defunción a La Compañía.

La Suma Asegurada de esta cobertura en el caso de menores de 0 a 12 años, no podrá ser superior a sesenta Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes.

Se entiende por Hijos Asegurados a los hijos del Asegurado Titular nacidos antes de la firma de la solicitud y que sean declarados expresamente en la misma.

Los Hijos del Asegurado Titular que nazcan durante la vigencia del seguro, quedarán Asegurados a partir de los treinta días posteriores a la fecha de su nacimiento y hasta el término del plazo de la cobertura, siempre y cuando el Asegurado Titular comunique por escrito a La Compañía los nacimientos ocurridos, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de nacimiento.

Los asegurados mayores de edad podrán designar libremente a sus beneficiarios, en caso de menores de edad el beneficiario será el Asegurado Titular.

Se entiende por Cónyuge Asegurado, al cónyuge o concubino (a) del Asegurado Titular que sea declarado expresamente en la solicitud.

En caso de fallecimiento simultáneo del Asegurado Titular y el Cónyuge Asegurado, la Suma Asegurada amparada en esta cobertura se pagará a los Beneficiarios estipulados en el contrato de seguro en la misma proporción establecida para la suma asegurada básica.

Cancelación Automática

La cobertura terminará automáticamente en los siguientes casos:

- a) Para todos los asegurados, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular.
- b) Para cada hijo, al aniversario de la póliza inmediato posterior a aquel en que cumpla 25 años.

Muerte Accidental

La Compañía pagará la Suma Asegurada de esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un evento en los términos señalados en la definición de Accidente, ocurrido durante el plazo de esta cobertura.

Se entenderá por accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte en la persona del Asegurado.

No se considera accidente a la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Muerte Accidental Colectiva

La indemnización por muerte accidental se duplicará, si la muerte del Asegurado se origina:

- a) Mientras viaje como pasajero en algún vehículo no aéreo, operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares; o
- b) Mientras haga uso de un ascensor que opere para servicio al público; o
- c) A causa de incendio en algún teatro, hotel u otro edificio abierto al público en el que se encuentre al iniciarse el incendio.

Graves Enfermedades

La Compañía pagará la suma asegurada de esta cobertura en caso de que al Asegurado se le diagnostique una Grave Enfermedad de acuerdo a las definiciones que más adelante se establecen.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando la ocurrencia de la Grave

Enfermedad se presente posteriormente a que hayan transcurrido noventa días naturales a partir de la contratación de dicha cobertura. Se entenderá por Grave Enfermedad cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen (previa certificación médica) por primera vez durante el período de cobertura y de acuerdo con las definiciones que se señalan a continuación:

a) Infarto al Miocardio.

Muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser confirmado mediante:

- Historia de dolor torácico típico;
- Cambios en el electrocardiograma, y
- Elevación de las enzimas cardíacas.

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC).

Cualquier incidente o accidente cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas con duración de, por lo menos 24 horas y que incluya:

- Infarto del tejido cerebral;
- Hemorragia de un vaso intracraneano, o
- Embolización de fuente extracraneal.

Debe presentarse evidencia de déficit neurológico permanente.

c) Trasplante de órganos vitales

El procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos:

- Corazón,
- Uno o dos pulmones,
- Páncreas,
- Riñones,
- Hígado.

d) Insuficiencia Renal Crónica, sujeta a diálisis:

Estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis permanente o trasplante renal.

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios ("by-pass").

Cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria interna o hemoductos aorto-coronarios.

La indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.

f) Cáncer:

Presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o

histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. El término "cáncer" incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, entre otros.

Certificación Médica:

Se entenderá como certificación médica de las enfermedades cubiertas el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Dicha Certificación Médica podrá ser ratificada por un médico dictaminador de La Compañía.

Exclusiones

La cobertura por Graves Enfermedades en cualquiera de sus padecimientos no se pagará en los siguientes casos:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada ya sea en estado de cordura o demencia.**
- b) Consumo de drogas de cualquier tipo o bajo la influencia del alcohol.**
- c) Enfermedades acompañadas por una infección VIH.**
- d) Tratamientos previos a un trasplante.**
- e) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**
- f) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.**
- g) Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes del inicio de la vigencia de la póliza.**
- h) Procedimientos intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo "sten" y similares.**
- i) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas "in situ" no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren solo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.**
- j) El caso de periodos temporales de diálisis y de que un solo riñón sea extraído.**

Esta cobertura terminará en los siguientes casos:

- a) Cancelación de la cobertura básica.**
- b) A la primera ocurrencia de una Grave Enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura y agote la Suma Asegurada.**
- c) La muerte del Asegurado Titular.**
- d) Al término del plazo del seguro.**

Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

La Compañía proporcionará al Asegurado, en una sola exhibición el pago de la Suma Asegurada contratada si durante la vigencia de esta póliza, se invalida a causa de un accidente o enfermedad, siempre que dicha invalidez sea total y permanente.

Con el pago de la suma asegurada, se cancela la cobertura de manera definitiva para el Asegurado.

Para poder decretar el estado de invalidez o incapacidad total y permanente se requiere que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha de la enfermedad o accidente que dio origen al mismo.

También se consideran estados de invalidez o incapacidad 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 este beneficio se entiende por pérdida:

- a) Pérdida de una mano.** Separación o anquilosamiento en nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- b) Pérdida de un pie.** Separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- c) Pérdida de la vista.** Pérdida completa y definitiva de la visión.

Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

Si estando vigente esta cobertura, el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, La Compañía eximirá al Contratante del pago de las Primas de las coberturas por fallecimiento de dicho Asegurado durante la vigencia de la póliza, sin considerar las primas de las coberturas por muerte accidental que venzan a partir de la fecha en que se emita el diagnóstico del estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular.

Exención Vitalicia de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

Si estando vigente esta cobertura, el Asegurado sufre un estado de Invalidez Total y Permanente, La Compañía eximirá al Contratante del pago de las Primas de las

coberturas por fallecimiento en forma vitalicia, sin más pago de prima y sin considerar beneficios adicionales.

Para la cobertura de invalidez total y permanente operan las siguientes condiciones:

Para efectos de este contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado Titular para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios.

La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por enfermedades o accidentes que el Asegurado Titular pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico.

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, se requerirá la presentación a La Compañía de la historia clínica completa 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 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.

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. 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, 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.

Lo anterior sin perjuicio de lo consignado por el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que faculta a la Aseguradora para solicitar al Asegurado o beneficiarios toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Exclusiones

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

a) Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en

estado de enajenación mental

- b) Infecciones que no provengan de un accidente.**
- c) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente.**
- d) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.**
- e) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- f) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- g) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**
- h) Accidentes que ocurran durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre que el Asegurado participe directamente.**
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la Compañía haya aceptado expresamente su cobertura.**
- j) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, ski, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte.**
- k) Inhalación de gases o humo que no provengan de un accidente.**
- l) Radiaciones ionizantes.**
- m) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico. Invalidez que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.**
- n) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente.**

Pérdidas Orgánicas por Accidente (Escala A)

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para este beneficio, si el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y la póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro. La indemnización que se otorgará por las pérdidas orgánicas, será la que resulte de acuerdo con la escala que se muestra a continuación:

Escala A

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje de suma asegurada
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 y meñique	5%

Para efectos de este beneficio se entiende por pérdida:

- **Pérdida de una mano.** Separación o anquilosamiento en nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- **Pérdida de un pie.** Separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- **Pérdida de los dedos.** Separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.
- **Pérdida de la vista.** Pérdida completa y definitiva de la visión.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas podrá ser mayor del 100 % de la suma asegurada contratada para este beneficio.

Pérdidas Orgánicas por Accidente (Escala B)

La Compañía pagará al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para este beneficio, si el Asegurado sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y la póliza se encuentre en vigor al momento del siniestro. La indemnización que se otorgará por las pérdidas orgánicas, será la que resulte de acuerdo con la escala que se muestra a continuación:

Escala B

Pérdidas Orgánicas	Porcentaje suma asegurada
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%
3 dedos comprendiendo el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
3 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 efectos de este beneficio se entiende por pérdida:

- **Pérdida de una mano.** Separación o anquilosamiento en nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.
- **Pérdida de un pie.** Separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
- **Pérdida de los dedos.** Separación o anquilosamiento de dos falanges completas, cuando menos.
- **Pérdida de la vista.** Pérdida completa y definitiva de la visión.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas podrá ser mayor del 100 % de la suma asegurada contratada para este beneficio.

Para cualquiera de los beneficios por accidente descritos anteriormente operan las siguientes condiciones.

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en estos Beneficios se concederán únicamente, si se presenta a la Compañía prueba de que la lesión o lesiones que causaron la muerte o la pérdida de miembros al Asegurado, hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza a la que se adiciona este Beneficio.

Exclusiones

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

- a) Infecciones que no provengan del accidente
- b) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier

- naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente
- c) Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones
 - d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.
 - e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador
 - f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima. Esta exclusión no opera cuando el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo, de compañía comercial, debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos
 - g) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente
 - h) Radiaciones ionizantes
 - i) Pérdidas sufridas estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico así como aquellas que se originen mientras el Asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.
 - j) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de accidente cubierto.

Cobertura de Cáncer de Mujer

La Compañía pagará la suma asegurada contratada si a la Asegurada le es diagnosticada durante la vigencia de la póliza Cáncer de mama y/o Cáncer cervicouterino, de conformidad con las definiciones siguientes:

Se entenderá por Cáncer el diagnóstico positivo de la presencia de crecimiento no controlado y propagación de células malignas e invasión de tejidos, con la evidencia incontrovertible de que tal invasión de tejidos o histología definitiva demuestre un crecimiento maligno. Incluye solamente, diagnóstico positivo de Cáncer de mama y/o Cáncer cervicouterino.

Comprobación Médica del Diagnóstico: Se entenderá como Comprobación Médica del Cáncer de mama y/o Cáncer cervicouterino el diagnóstico (confirmado mediante evidencia, clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio) efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por consejo de la especialidad correspondiente y se requerirá la presentación de:

- Informe del médico tratante
- Evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

- Aviso de Accidente o Enfermedad llenado por el asegurado

Pruebas: La Compañía podrá solicitar los informes médicos y todos los estudios y pruebas necesarias para la comprobación del diagnóstico. En caso de que el médico dictaminador de la Compañía no ratifique el dictamen de ocurrencia del evento, las partes de común acuerdo podrán solicitar el dictamen de un médico independiente cuyo costo correrá a cargo de la Compañía, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que la Asegurada se niegue a ser valorada por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de la Compañía.

Excusiones

No se pagará la cobertura de Cáncer de mama y/o Cáncer cervicouterino cuando éste sea preexistente, es decir, cuando existan pruebas fehacientes de:

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya diagnosticado la existencia de dicha enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha 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) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad.**

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 19 de Agosto de 2015, con el número CNSF-S0120-0681-2014/ CONDUSEF-001373-01.

El número de registro que la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros: CONDUSEF-001373-01.