Seguro de Gastos Médicos Mayores Viajero

Condiciones Generales

Contenido

I. Definiciones 4
1. Accidente 4
2. Asegurado 4
a. Asegurado titular 4
b. Asegurado familiar 4
3. Aseguradora 4
4. Póliza 4
5. Certificado Individual 4
6. Colectividad Asegurable 4
7. Contratante 4
9. Endoso 4
10. Gasto Usual y Acostumbrado 5
11. Pago Directo 5
12. Periodo de Beneficio 5
13. Periodo de Gracia 5
14. Práctica Profesional del Deporte 5
15. Preexistencia 5
16. Prima 6
17. Reembolso 6
19. Siniestro 6
20. Suma Asegurada 6
II. Cláusulas Generales 6
1. Contrato 6
2. Temporalidad 6
3. Comunicaciones 7
4. Modificaciones 7
5. Moneda 7
6. Primas 7
7. Obligaciones del Contratante 8
8. Número mínimo de Asegurados en la Colectividad 8
9. Asegurados y Movimientos 8
10. Terminación del Contrato 10

11. Rehabilitación 10
12. Renovación 11
13. Edad 11
14. Participación de Utilidades 12
15. Interés Moratorio 12
16. Competencia 12
17. Identificación del Cliente 12
18. Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral 12
19. Prescripción 13
20. Uso de Medios Electrónicos 13
21. Notificación de Reclamaciones 14
22. Pago de reclamaciones 14
23. Indemnización al Proveedor 14
25. Entrega de Documentación Contractual 15
26. Sistema de Administración 15
27. Cambio por Riesgos 20
28. Límite de Responsabilidad de la Aseguradora 20
29. Comprobación del siniestro 20
III. Coberturas 21
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE Y/O EMERGENCIA MÉDICA 21
IV. Exclusiones 22

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. Se considerarán Asegurados para efectos de este contrato:

a. Asegurado titular

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

b. Asegurado familiar

Es el cónyuge y/o hijos menores de 24 años del Asegurado Titular, siempre y cuando se encuentren nombrados en el certificado individual correspondiente.

3. Aseguradora

THONA Seguros S.A. de C.V.

4. Póliza

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

5. Certificado Individual

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

6. 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.

7. 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.

8. Emergencia Médica

Significa un acontecimiento que se presenta de forma súbita e inesperada que pone en peligro la vida o la integridad física del Asegurado, requiriendo recibir atención médica inmediata y sin demora alguna, a efecto de preservar la salud del Asegurado y/o evitar o contener un daño y/o preservar la vida del Asegurado.

9. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales y/o particulares de este Contrato

de Seguro y forma parte de éste.

10. 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.

11. 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.

12. Periodo de Beneficio

Tiempo máximo para erogar los gastos médicos de los padecimientos amparados, de acuerdo con las condiciones del contrato.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

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

17. 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.

18. Residencia Permanente
Ubicación geográfica dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos en donde la persona se ha establecido permanentemente y en la que desarrolla sus actividades laborales, académicas, económicas, familiares y sociales.

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

20. 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.

21. Viaje Cubierto
Significa el trayecto que recorre el Asegurado desde el momento en que éste sale de su lugar de Residencia Permanente hacia su destino de Viaje.

Incluye los lugares por donde transite o en los que haga conexiones para llegar a su destino de viaje y el regreso a su Residencia Permanente. Para que se considere que el Asegurado se encuentra de Viaje, su lugar de destino debe encontrarse a por lo menos 50 (cincuenta) kilómetros de distancia de su lugar de Residencia Permanente.

La cobertura del Viaje bajo este seguro estará limitada a una temporalidad, misma que se especificará en días en el certificado individual correspondiente.

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 Aseguradora.

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 o Asegurado 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 previamente 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 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, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. **En cada renovación se aplicarán las primas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Para tal efecto, la Aseguradora informará al Contratante las primas 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.

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 pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

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

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

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

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

	Edad Mínima de Aceptación	Edad Máxima de Aceptación	Cancelación
Asegurado Titular	18 años	80 años	80 años
Cónyuge	18 años	80 años	80 años
Hijos	1 mes de nacidos	24 años	25 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.

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. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. Uso de Medios Electrónicos

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

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

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

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

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

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

En caso de que, por cualquier motivo, no reciban la documentación contractual dentro de los 30 días siguientes a la contratación del seguro, el Contratante y/o Asegurado deberán comunicarse con la Aseguradora al número telefónico 5544338900 extensión 112, para que la Aseguradora entregue la documentación a través de alguno de los medios señalados anteriormente. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

Terminación del Contrato de Seguro a través de Medios Electrónicos:

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

a) Solicitarlo mediante escrito entregado en el domicilio de la Aseguradora donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta póliza no será renovada

o de que la misma será cancelada a partir del momento en que se emita dicho acuse. Al escrito de solicitud deberá acompañar copia de su identificación oficial.

b) Enviando la solicitud por escrito, acompañada de copia de su identificación oficial al correo electrónico servicioasegurados@thonaseguros.mx, la Aseguradora enviará acuse de dicha solicitud que será el comprobante de que el contrato se terminó anticipadamente a solicitud del Contratante y/o Asegurado o de que no se renovará el contrato.

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

21. 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 o del Asegurado, para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la Aseguradora de cualquier obligación.

22. Pago de reclamaciones

La Aseguradora liquidará cualquier monto pagadero mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el Asegurado 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.

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.

23. 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.

24. Otros Seguros

Si al momento de la reclamación esta cobertura estuviera amparada total o parcialmente por otros seguros, en ésta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del cien por ciento de los gastos efectivamente incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a la Aseguradora fotocopia de pagos, comprobantes y finiquitos que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) en relación con el evento del cual solicite la indemnización.

25. Entrega de Documentación Contractual

La Aseguradora se obliga a entregar al Contratante la Carátula de la Póliza y condiciones generales, certificados individuales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos y obligaciones de las partes, dentro de los 10 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.

26. 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 dé 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 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 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 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).

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 Siniestro, 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. Límite de Responsabilidad de la Aseguradora
La Aseguradora tendrá la obligación de cubrir el pago del siniestro, teniendo como límite lo que ocurra primero:

a) Agotamiento de la Suma Asegurada para esta cobertura,
b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y/o certificado individual y el periodo de beneficio que esté estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, siguiente a la terminación de la vigencia de la póliza y/o certificado individual,
c) La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

29. 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:

- Formato de reclamación 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.
- Historial clínico, informe médico, estudios de laboratorio y gabinete.
- Copia de interpretación de estudios realizados
- Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente, en caso de accidente.
- Encabezado de estado de cuenta bancario del Asegurado, para efectos de realizar el pago.
- Facturas y/o comprobantes que amparen los gastos médicos erogados.

Sólo en los casos en que de los documentos arriba señalados no sea posible determinar las circunstancias y consecuencias del siniestro, la Aseguradora 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.

En caso de que la Aseguradora requiera de elementos adicionales a los entregados por el

Asegurado para el análisis de la procedencia de esta cobertura; la Aseguradora podrá realizar una investigación médica relacionada con los hechos informados y documentos presentados por el Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación de la procedencia del siniestro. Para lo anterior, el Asegurado deberá autorizar por escrito al Médico tratante, así como a las entidades de prestación de servicios de salud que participaron en su atención para que provean la información solicitada por la Aseguradora. Los gastos derivados de dicha investigación médica correrán a cargo y por cuenta de la Aseguradora.

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 esta cobertura. La responsabilidad máxima de la Aseguradora será el monto de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y se encuentra estipulada de igual manera en la carátula de la póliza y/o Certificado correspondiente.

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE Y/O EMERGENCIA MÉDICA

La Aseguradora pagará los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra el Asegurado a consecuencia de un Accidente y/o Emergencia Médica ocurridos durante el Viaje Cubierto, siempre y cuando el primer gasto se efectúe dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha del Accidente y Emergencia Médica.

El pago máximo que efectuará la Aseguradora, por cada Accidente o Emergencia Médica, no excederá de la Suma Asegurada estipulada en el certificado individual correspondiente

Esta suma asegurada se restablecerá en cada viaje que realice el Asegurado dentro de la vigencia del contrato de seguro.

Serán considerados Gastos Médicos Cubiertos, aquellos en que incurra el Asegurado para el tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

- El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del médico cirujano.
- El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del Asegurado, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen de las recetas correspondientes.
- El costo por el uso de salas de operaciones, sala de recuperación y unidad de terapia intensiva.
- El costo por el tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al Asegurado durante su hospitalización y que sean prescritos por el Médico tratante.
- El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sea reposición.
- El costo de hospitalización, representado por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el Asegurado (habitación privada estándar).
- El costo por utilización de una ambulancia terrestre. La Aseguradora reembolsará los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada.
- El costo por una enfermera con un límite máximo de tres (3) turnos por día, durante el período de Hospitalización. Fuera del Hospital o Sanatorio se limitará al costo de una enfermera hasta por tres (3) turnos por día con un máximo de treinta (30) días por cada evento.
- El costo por consultas médicas con un máximo de una (1) por día y especialidad. Este límite no aplica para las consultas postoperatorias con un plazo no mayor a 6 meses después de la cirugía.
- El costo por cama extra para un acompañante del Asegurado durante su hospitalización

- Costos que se generen en el área de urgencias por cualquier causa, sin la necesidad de que el Asegurado tenga que hospitalizarse. Incluyendo estudios de laboratorio y/o gabinete. Para este concepto se otorgará un tope máximo estipulado en la carátula de la póliza y/o el certificado individual.

En todo caso el cargo por servicios médicos deberá corresponder a los Gastos Usuales y Acostumbrados en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios

No se considerarán Gastos Médicos indemnizables conforme a este seguro, aquellos en los que el Asegurado haya incurrido por instrucción o prescripción de un familiar, sea este consanguíneo o por afinidad, no obstante que dicho familiar sea un Médico legalmente acreditado para ejercer esta profesión.

Cualquier gasto médico no incluido en el listado arriba señalado, no estará cubierto por este seguro.

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, cualquiera que sea su grado, 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, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.

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

m) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.

n) 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.

o) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente lo establecido en el apartado de "Definiciones".

p) Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine)

q) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.

r) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.

s) Gastos por tratamiento profiláctico, preventivo, multivitamínicos, suplementos alimenticios, gastro protectores, y gastos personales no relacionados con el tratamiento dentro del hospital.

En caso de que el Asegurado se niegue a seguir las recomendaciones del médico tratante, la responsabilidad de la Aseguradora terminará.

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 FINANCEROS
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 1605, piso 22. Col: San José Insurgentes, Alc: Benito Juárez. C.P. 03900. CDMX. 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 14:30 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 04 de noviembre de 2021, con el número CNSF-S0120-0308-2021/ CONDUSEF-004985-02.

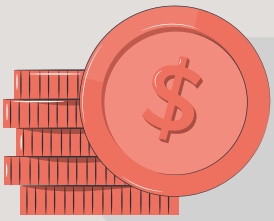
THONA SEGUROS
TU PROTECCIÓN, NUESTRA PASIÓN

FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO:

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

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

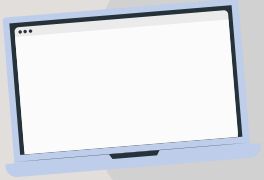
Solicitar al agente, intermediario o persona moral con el que se esté llevando a cabo la contratación, se identifique con la cédula o certificado que le emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).



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

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

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



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

Si el asegurado ha sido sometido a un exámen 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 exámen que se le haya practicado.

EN CASO DE SINIESTRO 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 Av. Insurgentes Sur 1605, piso 22. Col: San José Insurgentes, Alc: Benito Juárez. C.P. 03900. CDMX. México. 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 11 de Junio de 2019 , con el número CGEN-S0120-0027-2019/G-01091-001.