

Vida Grupo Deudores Multianual

Condiciones Generales



I. DEFINICIONES	4
Asegurado.....	4
Acreditante	4
Beneficiario Preferente.....	4
Compañía.....	4
Contratante	4
Culpa Grave	4
Detalle de Coberturas.....	4
Desempleo involuntario.....	4
Endoso	4
Grupo Asegurado	5
Incapacidad Total Temporal	5
Invalidez Total y Permanente	5
Póliza.....	6
Práctica Profesional de Deporte	6
Prima	6
Saldo insoluto.....	6
Suma Asegurada	6
Siniestro	6
Vigencia	6
II. CLÁUSULAS GENERALES	6
Contrato	6
Modificaciones	7
Consentimientos Individuales.....	7
Registro de Asegurados	7
Certificados Individuales.....	7
Omisiones o Declaraciones Inexactas	8
Vigencia del Contrato	8
Terminación del Contrato	9
Prima	9
Pago de Prima.....	9
Periodo de Gracia	9
Ajuste de la Prima	10
Renovación	10
Rehabilitación.....	10
Moneda	10
Disputabilidad.....	10
Prescripción	11

Comunicaciones.....	11
Competencia.....	11
Obligaciones del Contratante.....	11
Edad.....	13
Ajustes de la Suma Asegurada.....	13
Sistema de Administración.....	13
Pago de reclamaciones.....	14
Suicidio.....	14
Notificación de Comisiones.....	14
Cambio por Riesgos.....	14
Interés Moratorio.....	14
Comprobación del siniestro.....	16
Dividendos – Participación en las Utilidades.....	17
III. COBERTURA BÁSICA.....	17
Fallecimiento.....	17
IV. COBERTURAS ADICIONALES.....	18
Invalidez Total y Permanente.....	18
Desempleo.....	19
V. Endosos.....	21
1. Certificados individuales.....	21
2. Consentimientos.....	22
3. Edades.....	22
4. Suicidio.....	22
5. Indisputabilidad.....	22
6. Suma asegurada máxima individual.....	23
7. Protección por 30 días mientras se presentan pruebas médicas.....	23

I. DEFINICIONES

Asegurado

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

Acreditante

Es aquella persona física o moral, que ha otorgado un crédito al Asegurado.

Beneficiario Preferente

El Beneficiario Preferente e Irrevocable de esta póliza será el Acreditante hasta por el monto del Saldo Insoluto del crédito, pero sin exceder de la suma asegurada convenida.

Si la suma asegurada convenida excede el importe del saldo insoluto al ocurrir el siniestro, el remanente se pagará al Asegurado, en caso de que se afecte las coberturas de Invalidez, incapacidad total temporal o desempleo, y a los beneficiarios designados o su sucesión, en caso de fallecimiento.

Compañía

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

Contratante

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

Culpa Grave

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de obligaciones. Es cuando la persona omite las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

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.

Desempleo involuntario

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

Endoso

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

Enfermedad o padecimiento preexistente

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

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



La Compañía quedará liberada de sus obligaciones si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones; lo mismo se observará en caso de que con el mismo propósito no le remitan en tiempo la documentación que les sea requerida por la Compañía sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Grupo Asegurado

Lo constituyen todas las personas que habiendo contraído una deuda con el Contratante, firman sus consentimientos individuales, son aceptados por la Compañía y están incluidos en el Reporte Mensual de Deudores formulado por el Contratante.

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

Incapacidad Total Temporal

Para efectos de este contrato, incapacidad total temporal es la pérdida de facultades o aptitudes del Asegurado, por enfermedad o accidente ocurrido dentro de la vigencia del certificado correspondiente, que lo imposibilita totalmente para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

Invalidez Total y Permanente

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entiende por invalidez total y permanente, la que inhabilite al Asegurado de manera Total y permanente para el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social para el resto de su vida, ya sea por enfermedad o accidente a que esté expuesto en el ejercicio o con motivo de su trabajo o por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo.

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

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

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

En caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía está facultada, a realizar a su costa, exámenes de gabinete y/o laboratorio o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, necesarios para obtener un diagnóstico con médico certificado por el colegio de profesionistas de su ramo en la especialidad que haya dado origen a la Invalidez Total y Permanente, que ésta elija.

Si el médico dictaminador de la Compañía, 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 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.

Aunque la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez puedan ser susceptibles de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, **sólo podrá declinarse el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del Asegurado por virtud de su capacidad económica.**

Póliza

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

Práctica Profesional de 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

Prima

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

Saldo insoluto

Para efectos de este seguro se considerará el saldo insoluto a la deuda que el Asegurado tenga con el Acreditante a la fecha del siniestro cubierto por este contrato de seguro. Salvo pacto expreso en contrario en la carátula de la póliza y/o certificado, se excluyen las cuotas, cargos e intereses moratorios.

Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenido para cada Cobertura y que se encuentra descrita en la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Siniestro

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

Vigencia

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

II. CLÁUSULAS GENERALES

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.

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

Los medios de entrega serán:

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

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba la documentación contractual en el plazo señalado o requiera un duplicado o cualquier modificación a la misma deberá llamar al (55) 4433 8900 y la Compañía dará un número de folio con el cual el Contratante y/o Asegurado podrá dar seguimiento a su trámite hasta su conclusión, la documentación deberá ser entregada por la Compañía dentro de los 10 días hábiles siguientes a dicha solicitud.

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.

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 previamente ante 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.

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.

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; 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:

- Con los nuevos listados por altas, que formarán parte integrante del mismo.
- Anotando las bajas de Asegurados. El Contratante deberá hacer lo propio en su ejemplar.
- Con el cambio de Sumas Aseguradas.
- Al renovarse el Contrato.
- 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 de la baja de algún asegurado, el Seguro continuará en vigor para ese Asegurado y el Contratante cubrirá la Prima correspondiente. **Si no existe un vínculo o interés común 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.**

Certificados Individuales

La Compañía debe expedir y entregar un certificado para cada uno de los integrantes del grupo asegurado. La Compañía, 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 Compañía el certificado individual correspondiente. Para tal efecto, el Asegurado deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, en dicho escrito deberá informar la forma en que desea sea enviado el Certificado Individual (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la Compañía enviará dentro de los 30 días siguientes dicho documento al Asegurado.

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

“Artículo 16.- La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
- j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.”

Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados 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 la celebración del contrato.

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del Asegurado, por lo tanto el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la Ley sobre del Contrato de Seguro, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

La Compañía comunicará en forma auténtica al Beneficiario Preferente, Asegurado, beneficiarios y/o causahabientes, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

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.

Terminación del Contrato

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

Al cumplir el plazo que aparece en la Carátula de la Póliza, pudiéndose renovar bajo las mismas condiciones.

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.

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, 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.

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 ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas 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.

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 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.

La prima podrá ser pagada mediante cargos a una tarjeta de crédito débito o cuenta bancaria, conforme a la periodicidad que el Contratante haya solicitado.

En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas no imputables a la Compañía, el Contratante se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o la fracción correspondiente en las oficinas de la Compañía, o bien, abonando a la cuenta bancaria que ésta le indique, el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo será prueba plena del pago de ésta.

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.**

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.

Renovación

La Compañía renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. **En cada renovación se aplicarán las primas que se encuentren en vigor a la fecha de la misma, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Para tal efecto, la Compañía informará al Contratante las primas que aplicarán en cada renovación.**

La solicitud deberá ser presentada a la Compañía 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.

Rehabilitación

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

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

Moneda

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

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. 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.

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

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.

El Asegurado o sus beneficiarios deben informar a la Compañía su domicilio para que ésta, llegado el caso, les notifique cualquier decisión concerniente a este contrato de seguro.

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

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Beneficiario Preferente el importe del saldo insoluto.

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 Compañía 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.

Obligaciones del Contratante

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

- 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.
- Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas del Grupo Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación.
- 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.

- En caso de modificación, enviar a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, si es que lo amerite.
- Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

Alta de Asegurados (art. 17 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

“Las personas que ingresen al grupo Asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo.

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

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entiende que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.”

El Contratante debe notificar por escrito a la Compañía los nuevos ingresos al Grupo Asegurable dentro de los 30 días siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos, y pagar la prima que corresponda.

Baja de Asegurados (art. 18 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual que se haya expedido. En este caso, la Compañía a solicitud del Contratante, restituirá la parte de la prima neta no devengada de esos integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción que corresponda.

Beneficiarios

El Asegurado podrá designar libremente a sus beneficiarios, quienes en caso de existir remanente de la suma asegurada de la cobertura de fallecimiento, una vez que se haya pagado al Beneficiario preferente, tendrán derecho a la indemnización por dicho remanente.

Los Beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el Contrato. Cuando no haya Beneficiario designado o éste no sobreviva al Asegurado, y no se hubiere hecho una nueva designación, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Advertencia

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

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

Edad

La edad de los integrantes del Grupo Asegurado, podrá 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.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía 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 Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la 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;
- II.- Si la Compañía 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 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; y
- IV.- Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado 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 Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Las edades de aceptación y cancelación para este seguro se establecerán en la carátula de la póliza, de acuerdo a la tabla siguiente:

	Edades Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Fallecimiento	18	70	99
Coberturas Adicionales			
Invalidez Total y Permanente	18	59	64
Desempleo	18	64	65

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.

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 indicará en la carátula de la póliza, el Contratante se obliga a integrar el

expediente actualizado con la información y documentación relativa al seguro que la 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 de Fianzas en materia de este seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables.

Pago de reclamaciones

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

El Asegurado o sus causahabientes tendrán derecho a exigir que la Compañía pague al Beneficiario Preferente el importe del saldo insoluto del seguro hasta el monto de la suma asegurada.

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.

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.

Cambio por Riesgos

Este Seguro se ofrece con base en lo declarado en la Solicitud y/o Consentimiento correspondiente, 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.

Interés Moratorio

Si la Compañía no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en los artículos 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dicen:

“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 al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

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

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

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

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

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

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

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

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

IX.-Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

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

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Compañía
Certificado Individual, si lo tuviera
Estado de Cuenta
Tabla de amortización
Certificado de defunción
Acta de defunción del asegurado
Acta de matrimonio (En caso de que el Cónyuge sea beneficiario)
Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieron, y Beneficiarios, en su caso.
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Compañía
Certificado Individual, si lo tuviera
Estado de Cuenta
Tabla de amortización
Copia de identificación oficial del Asegurado
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses
Original del dictamen de Invalidez o Pérdidas Orgánicas
Diagnóstico de la grave enfermedad o cáncer por médico especialista o institución de salud pública.
Historial clínico, estudios de laboratorio y gabinete

DESEMPLEO

Desempleo Involuntario

Formato de reclamación, el cual será proporcionado por la Compañía
Copia simple de identificación oficial vigente con fotografía del Asegurado.
A efecto de acreditar la relación laboral, la cual deberá ser de al menos un (1) año a la fecha de reclamación de la cobertura, con alguno de los siguientes: (i) copia de última inscripción al IMSS o ISSSTE, (ii) copia de contrato laboral por tiempo indeterminado, (iii) copia de contrato de prestación de servicios o cualquier otro convenio del que se infiera la existencia de un servicio personal subordinado con dependencia directa, del cual se obtenga una remuneración periódica, (iv) copia certificada de laudo arbitral que acredite la relación laboral, (v) copia de los últimos 12/24 recibos de nómina –según hayan sido mensuales o quincenales-, (vi) copia de los últimos 12/24 recibos de ingresos -según hayan sido mensuales o quincenales- con numeración consecutiva, si no fuere consecutiva, sustentada con estados de cuenta bancarios en los que se acrediten los depósitos al titular del recibo sin dependencia económica con otro empleador, (vii) copia de los últimos doce (12) estados de cuenta bancarios, en los que se acrediten los depósitos consecutivos del patrón o empleador, y que no se evidencie dependencia económica con otro empleador; o (viii) original de carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral.
Para acreditar el despido injustificado, deberá presentarse original de cualquiera de los siguientes documentos: (i) comprobante de liquidación, (ii) comprobante de finiquito donde se demuestre la existencia de una

indemnización, junto con los últimos dos (2) recibos o comprobantes de ingresos, (iii) original de carta del patrón o empleador indicando el motivo de la separación; o (iv) copia certificada de laudo arbitral en el que se declare que no hubo causa justificada para el despido, o convenio elevado a laudo ejecutoriado en el que se reconozca la inexistencia de justificación para el despido o terminación de relación / la documentación que sustente y acredite la demanda presentada por despido injustificado ante la autoridad competente/según se convenga. En caso de que el Asegurado haya sido derechohabiente del IMSS, copia simple de la baja ante el IMSS. Consentimiento / certificado debidamente requisitado y firmado por el Asegurado, si existiera o si lo tuviera. Para el pago de las siguientes mensualidades, el Asegurado deberá acreditar la continuidad del estado de desempleo para poder recibir el beneficio del mes en curso, para ello deberá presentar el formato que al efecto determine la Compañía, acompañado de documento oficial que demuestre que no se encuentra cotizando en ningún instituto de seguridad social.

Incapacidad Total Temporal

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

Solo en aquellos casos en que no sea posible determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo, la Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones y documentos sobre los hechos relacionados con el siniestro, lo anterior de conformidad con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Dividendos – Participación en las Utilidades

La presente Póliza no otorga participación de utilidades por siniestralidad favorable.

III. COBERTURA BÁSICA

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.

Terminación de la Cobertura

Esta cobertura terminará automáticamente, sin necesidad de declaración expresa de la Compañía, en los siguientes casos:

- a. En el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado llegue a la edad de cancelación descrita en la caratula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

IV. COBERTURAS ADICIONALES

Las coberturas adicionales serán cubiertas únicamente a petición expresa del Contratante y con costo adicional. Estas coberturas quedarán cubiertas si se encuentran amparadas en la carátula de la Póliza, Relación de Integrantes, Certificados Individuales y/o en los endosos correspondientes que se encuentren vigentes.

Invalidez Total y Permanente

Si durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente el Asegurado sufre estado de Invalidez Total y Permanente, la Compañía le pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura vigente al momento del dictamen del estado de Invalidez Total y Permanente.

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas que demuestren o corroboren dicha condición y después de que hayan transcurrido el periodo de espera contratado, mismo que podrá ser de 0, 3 o 6 meses y estará definido en la carátula de la póliza y/o certificado individual, contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

Exclusiones

La cobertura no ampara cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) **Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones.**
- c) **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado.**
- d) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- e) **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.**
- f) **Accidentes que ocurran cuando el Asegurado participe de forma directa durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.**
- g) **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.**
- h) **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**
- i) **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto.**
- j) **Radiaciones ionizantes.**

- k) 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
- l) Envenenamiento excepto si se demuestra que fue a consecuencia de un accidente cubierto.
- m) Enfermedades preexistentes, siempre y cuando la enfermedad preexistente tenga un pronóstico médico que claramente indique que dicha enfermedad llegará a generar un estado de invalidez futuro.
- n) Invalidez originada o diagnosticada con anterioridad al inicio de vigencia de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente.

Desempleo

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

**a) Desempleo Involuntario
(Empleados Subordinados)**

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

Definiciones para esta cobertura:

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

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

Descripción de la Cobertura

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

Los beneficios se harán efectivos siempre y cuando:

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

Terminación de la cobertura

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

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

EXCLUSIONES

Esta Cobertura no ampara:

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

b) Incapacidad Total Temporal (Trabajadores Independientes)

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

Definiciones para esta Cobertura:

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

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

Descripción de la Cobertura

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

Exclusiones

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

- a) Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.
- b) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- c) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.
- d) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
- e) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.
- f) Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.
- g) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- h) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- i) Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes.
- j) Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- k) Tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis cualquiera que sea su causa.
- l) Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto cuando sean a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura.
- m) Lesiones sufridas por la culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado, o por el uso de estimulantes o drogas excepto si fueron prescritas por un médico.
- n) Se excluye a las personas que están empleadas de tiempo completo y trabajan para una empresa que cuente con Registro Federal de Contribuyentes.

El Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal son excluyentes entre sí.

V. Endosos

Por las características de los siguientes endosos, éstos se otorgarán sin pago de Prima adicional, siempre y cuando se encuentren amparados en la Caratula de la Póliza y en el Certificado Individual, y mientras se encuentren en vigor.

1. Certificados individuales

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

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

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

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

2. Consentimientos

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

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

Para que dichos Consentimientos sean válidos:

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

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

3. Edades

Por medio del presente endoso se hace constar que si con posterioridad a la muerte del asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y el Asegurado se encuentra dentro de las edades de aceptación, la Compañía indemnizará la Suma Asegurada que corresponda conforme a la regla establecida en vigor, efectuando el ajuste correspondiente en primas y no en la Suma Asegurada.

4. Suicidio

Por medio del presente endoso se hace constar que, en el entendido que el Grupo Asegurado se encuentra formada por un Grupo auténtico en el cual el asegurado no participa en el pago de las primas, se cubre la muerte por suicidio (no se considera como accidente), cuando éste ocurra dentro de la vigencia del contrato cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado, eliminando cualquier periodo de espera.

5. Indisputabilidad

Por medio del presente endoso se hace constar que, en el entendido que el Grupo Asegurado se encuentra formada por un Grupo auténtico en el cual el Asegurado no participa en el pago de las primas, el Contrato de seguro será indisputable desde el primer día de vigencia de la póliza o Certificado Individual.

En caso de haber presentado requisitos médicos y que la Suma Asegurada sea mayor a la Suma Asegurada Máxima Indemnizable vigente, la cantidad excedente siempre será disputable.

6. Suma asegurada máxima individual

Por medio del presente endoso se hace constar que para aquellos Asegurados que hayan presentado pruebas médicas a la Compañía, con una antigüedad no mayor a 6 meses a su alta en el Grupo Asegurado, y que tales pruebas hayan sido dictaminadas como normales, no será necesario presentar requisitos médicos, y los Asegurados podrán incrementar las Sumas Aseguradas, mientras dichos incrementos no rebasen el 10% de las Sumas Aseguradas contratadas.

7. Protección por 30 días mientras se presentan pruebas médicas

Por medio del presente endoso se hace constar se cubre por el total de suma asegurada que les corresponda a los asegurados a los que la Compañía les requirió pruebas médicas a efecto de ser dados de Alta en el Grupo Asegurado, por un periodo de 30 días contados a la fecha en que le sean notificadas éstas, sólo si el fallecimiento es a consecuencia de un accidente.

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

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

En ese caso, La Compañía 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 Compañía.

LEGISLACIÓN SEÑALADA EN EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_110121.pdf

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

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n211.pdf>

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

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7 Col. Tlacoquemecatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México Teléfono: (55) 44338900

Correo electrónico: atencionclientes@thonaseguros.mx

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

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

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

Teléfono: (55) 53400999 o 01 (800) 999 8080

Página internet: www.condusef.gob.mx

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, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir de día 26 de mayo de 2021, con el número CNSF-S0120-0119-2021/CONDUSEF-004810-02.

Folleto de derechos básicos Contratante, Asegurado y Beneficiario



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

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



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



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



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



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



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



Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si eres beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

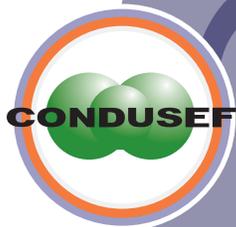
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

No dudes en contactarnos de cualquier parte de la República Mexicana al número telefónico 800 088 4662 o bien al correo electrónico **atencionclientes@thonaseguros.mx**

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de mayo de 2021, con el número CNSF-S0120-0119-2021/CONDUSEF-004810-02.

