



**THONA
SEGUROS®**

SEGURO DE ACCIDENTES
PERSONALES COLECTIVO MULTIANUAL



	Contenido	Página
I.	Definiciones	3
1.	Accidente	3
2.	Asegurado	3
3.	Aseguradora	3
4.	Beneficiario	3
5.	Colectividad Asegurable	3
6.	Contratante	3
7.	Deducible	3
8.	Detalle de Coberturas	3
9.	Gasto Usual y Acostumbrado	3
10.	Periodo de Gracia	4
11.	Póliza	4
12.	Prima	4
13.	Siniestro	4
14.	Suma Asegurada	4
15.	Preexistencia	4
II.	Cláusulas Generales	4
1.	Contrato	4
2.	Temporalidad	5
3.	Comunicaciones	5
4.	Modificaciones	5
5.	Moneda	5
6.	Primas	5
7.	Obligaciones del Contratante	5
8.	Número mínimo de Asegurados en la Colectividad	6
9.	Asegurados y Movimientos	6
10.	Terminación del Contrato	6
11.	Rehabilitación	6
12.	Renovación	7
13.	Edad	7
14.	Participación de Utilidades	7
15.	Beneficiarios	8
16.	Falta de Designación	8
17.	Interés Moratorio	8
18.	Competencia	9
19.	Identificación del Cliente	9
20.	Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral	10
21.	Prescripción	10
22.	Pago de Reclamaciones	10
23.	Liquidación	10



	Contenido	Página
24.	Indemnización al Proveedor	10
25.	Entrega de Documentación Contractual	11
III.	Coberturas	11
	Muerte por Accidente	11
	Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años	11
	Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años	11
	Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente	12
	Cobertura de Gastos Médicos por Accidente	14
	Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización	15
	Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente	16
	Incapacidad Temporal por Accidente	17
IV.	Endosos	18
	Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente	18
	Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas	18
	Lesiones por ingesta de alcohol	18
	Aviación particular	18
	Certificados individuales	18
	Consentimientos	19
	Lesiones por actos delictivos	19
	Deportes peligrosos	19
	Uso de motocicleta como herramienta de trabajo	19
	Uso de motocicleta como medio de transporte	19
	Indisputabilidad	20
	Nivel Hospitalario	20
	Padecimientos Especiales	20
	Antigüedad	20
	Folleto de derechos básicos contratante, asegurado y beneficiario	21

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. No se consideran Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Para efectos de la cobertura de gastos médicos por accidente, se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce daños que hacen necesario someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas. No se considera accidente al tratamiento médico o intervención quirúrgica, la hospitalización o el uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, para atender daños derivados de lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.

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.

3. Aseguradora

THONA Seguros S.A. de C.V.

4. Beneficiario

Persona física designada por el Asegurado, en el Certificado y Consentimiento Individual, como titular de los derechos indemnizatorios.

5. 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 Compañía acepte expresamente cubrir tales condiciones, lo cual deberá constar en la póliza.

6. 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 en su totalidad.

7. Deducible

Para la cobertura de Gastos Médicos por accidente, es el porcentaje o cantidad establecida en la carátula de la póliza, que en caso de siniestro queda a cargo del Asegurado y que se descontará de la indemnización que corresponda. La Aseguradora no efectuará el pago de gastos médicos con costo inferior al deducible. El deducible no será reinstalable por reclamación, es decir, se pagará una única ocasión.

8. Detalle de Coberturas

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

9. Gasto Usual y Acostumbrado

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre La Compañía 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.

El monto máximo de los gastos médicos cubiertos por ésta póliza para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros), con los que La Compañía no tenga convenio de pago directo, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

10. Periodo de Gracia

Plazo que la Aseguradora concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones, en caso de que proceda el pago en parcialidades.

11. Póliza

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

12. Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y/o Asegurados, en caso de que los Asegurados participen en el pago de la prima, se hará constar esta circunstancia en la póliza.

13. Siniestro

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

14. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora respecto de cada cobertura y para cada Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las condiciones contenidas en la carátula, endosos, condiciones generales, particulares y especiales de la póliza.

La regla para determinar la suma asegurada de las coberturas de cada integrante de la colectividad, debe estar claramente definida.

La suma asegurada de cada cobertura otorgada a los integrantes de la colectividad, debe estar dada por una regla de carácter general claramente definida, que no propicie casos de excepción, especulativos, discriminatorios o que representen selección adversa a la compañía.

En cada cobertura, la Suma Asegurada será no re-instalable para nuevos accidentes.

15. Preexistencia

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

a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico

Cuando la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista 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 resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

II. Cláusulas Generales

1. Contrato

Forman parte del contrato de seguro, las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Aseguradora en la solicitud de seguro, mismas que han servido de base para clasificar los riesgos, esta póliza, el registro de Asegurados y los endosos, todos ellos documentos que constituyen prueba 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 puede 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 período de seguro que se indica en la carátula de esta póliza.

3. Comunicaciones

La Aseguradora enviará al Contratante toda comunicación que deba efectuar en cumplimiento de este Contrato o de la ley, al último domicilio que él mismo le hubiera dado a conocer por escrito, con lo que bastará para que se tengan por hechos válidamente.

Cualquier comunicación que el Contratante o el Asegurado quiera hacer a la Aseguradora relacionada con el presente Contrato, deberá efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio de dicha Aseguradora en la Carátula de esta Póliza, o en el que la misma le avise posteriormente por escrito.

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 por 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 períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencen 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.

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, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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 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.

7. Obligaciones del Contratante

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

a. Comunicar a la Aseguradora los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deben contener el nombre del Asegurado, ocupación,

fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla y la designación de Beneficiarios como datos mínimos de información.

- b. Comunicar a la Aseguradora de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación.
- c. Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas o alguna extraprima por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de 30 días naturales después del cambio y, las modificaciones solicitadas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. Tener a disposición de la Aseguradora, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

8. Número mínimo de Asegurados en la Colectividad

La colectividad asegurable deberá estar constituida, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75 % no sea inferior a 10 personas.

9. Asegurados y Movimientos

- a. Registro de Asegurados. La Aseguradora formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:
 - Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad;
 - Suma asegurada o regla para determinarla;
 - Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
 - Operación y plan de seguros de que se trate;
 - Número de Certificado individual, y
 - Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia de este registro.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. 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 período de seguro. En caso de baja de asegurados, La Compañía restituirá a quien haya pagado la prima, la prima neta no devengada calculada en días exactos.

f. 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.

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 período descubierto, que comprende desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.
- d. El Contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Aseguradora comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

12. Renovación

La Aseguradora 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 aplica la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma.

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 hace la anotación correspondiente y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

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

Cobertura	Edades de Aceptación		Cancelación
	Mínima	Máxima	
Muerte Accidental	12 años	69 años	70 años
Gastos Funerarios por Accidente para mayores de 12 años	12 años	69 años	70 años
Gastos Funerarios por Accidente para menores de 12 años	30 días de nacido	12 años	13 años
Pérdidas Orgánicas	30 días de nacido	69 años	70 años
Indemnización de Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	69 años	70 años
Renta diaria por hospitalización	12 años	69 años	70 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	12 años	69 años	70 años
Incapacidad Total Temporal por Accidente	12 años	69 años	70 años

La cancelación se realizará en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que el asegurado cumpla la Edad de Cancelación señalada en el cuadro anterior.

En las coberturas de muerte, para los menores de 12 años se consideran gastos funerarios con suma asegurada máxima limitada a 60 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal en la fecha del siniestro. La suma asegurada se establecerá en la carátula de la póliza.

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 Compañía deberá devolver al Contratante el importe de la prima correspondiente a dicho Asegurado.

14. Participación de Utilidades

El presente contrato no genera participación de utilidades.

15. Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus Beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la Aseguradora para cada una de las coberturas contratadas, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Aseguradora, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Aseguradora y conste en la presente Póliza.

16. Falta de Designación

El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios, o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios, previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás.

17. Interés Moratorio

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

Ley Sobre el Contrato de Seguro

“**ARTÍCULO 71.-** El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Aseguradora o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

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

19. Identificación del Cliente

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte de la colectividad de que se trate, a disposición de la Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

20. Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral

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

21. Prescripción

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

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

22. Pago de Reclamaciones

Cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización debe ser notificado a la Aseguradora dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

En caso de falta de este aviso, la Aseguradora está facultada a limitar el monto de los gastos al nivel que les hubiera correspondido de haber recibido oportunamente la notificación.

Además de las formas de declaración que la Aseguradora proporcione al reclamante, éste tiene la obligación de presentar a la Aseguradora, todas las pruebas de las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella: comprobantes, notas, facturas, recetas, etc.

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

Cualquier prima vencida y no pagada es deducida de la indemnización que proceda.

La Aseguradora paga al Asegurado, o a sus beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la procedencia de la reclamación.

23. Liquidación

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

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

24. 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 honorarios 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 honorarios serán cubiertos con base al Gastos Usual y Acostumbrado, entendiéndose por esto, aquel que no exceda de la cantidad que para un servicio igual sería cubierto a través de los proveedores de servicios médicos de la aseguradora.

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

25. Entrega de Documentación Contractual

El contratante del seguro debe entregar a usted un ejemplar de las condiciones generales y en su caso endosos afectos a la póliza de seguro, así como su certificado. En caso contrario o por cualquier causa, usted puede consultar estos documentos en la página <http://thonaseguros.mx/productos/vida>, o bien solicitarlos al correo electrónico atencionclientes@thonaseguros.mx

Unidad Especializada de Atención a Clientes

Avenida Insurgentes Sur 1228 Piso 7 Col. Tlacoquemecatl Del Valle C.P. 03200 Alcaldía Benito Juárez CDMX
Tel: (55) 4433-8900, www.thonaseguros.mx
Horario de atención: Lunes a Jueves de 9:00 a 18:00 horas, Viernes de 9:00 a 15:00 horas.

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

III. Coberturas

Muerte por Accidente

La Aseguradora paga al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular.

Para menores de doce años la cobertura tiene como objetivo cubrir gastos funerarios y por lo tanto la suma asegurada no podrá ser mayor al equivalente a 60 veces la UMA (Unidad de Medida y Actualización).

Gastos Funerarios por Accidente para Mayores de 12 años

La Aseguradora paga al asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado mayor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular.

Gastos Funerarios por Accidente para Menores de 12 años

La Aseguradora paga al asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

La suma asegurada para esta cobertura se establecerá en la carátula de la póliza y nunca podrá exceder al equivalente a 60 veces la UMA (Unidad de Medida y Actualización).

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular.

Cobertura de Pérdidas Orgánicas Escala A o Escala B por Accidente

El contratante tendrá la opción de elegir entre la Escala A o la Escala B, lo cual se hará constar en la carátula de la póliza

a) Escala A.

La Aseguradora paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

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

Escala A

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

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

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

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

b) Escala B

La Aseguradora paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor a la fecha del siniestro.

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



Escala B

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

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

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

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular.

EXCLUSIONES PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL, GASTOS FUNERARIOS PARA MAYORES DE 12 AÑOS, GASTOS FUNERARIOS PARA MENORES DE 12 AÑOS Y PÉRDIDAS ORGÁNICAS

- a) Actos en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Participación del Asegurado directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Aquellas que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes.
- e) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- f) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.
- g) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.

- Salvo pacto en contrario, pérdidas orgánicas que se originen por participar en actividades como:
- h) Piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
 - i) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - j) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
 - k) Práctica profesional de cualquier deporte.
 - l) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jetsky.

Cobertura de Gastos Médicos por Accidente

Ampara el riesgo de someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente durante la vigencia de la cobertura.

Se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce daños que hacen necesario someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas. No se considera accidente el tratamiento médico o intervención quirúrgica, la hospitalización o el uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, provocados intencionalmente por el propio Asegurado.

La Aseguradora pagará previa comprobación y una vez superado el deducible establecido en su caso, el costo de los mencionados tratamientos hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que dichas asistencias inicien dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la suma asegurada de esta cobertura o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero. Si el Asegurado no requiere de tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la Aseguradora.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular.

EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE El contrato de seguro no cubre gastos médicos derivados de:

- a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
- b) Lesiones a consecuencia de que el Asegurado participe directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
- c) Cualquier forma de navegación submarina.
- d) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
- e) 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.
- f) Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de enfermedades o padecimientos preexistentes, entendiéndose por preexistente lo establecido en el punto 15 del apartado de "Definiciones".
- g) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
- h) Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine)



- i) Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosco
- j) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- k) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- l) Accidentes que sufra el Asegurado encontrándose bajo el efecto del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.
- m) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.

Salvo pacto en contrario, Accidentes que se originen por participar en actividades como:

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

Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

La Compañía pagará al Asegurado el importe estipulado en la carátula de la póliza por cada día completo (24 horas) que permanezca hospitalizado por accidente o enfermedad.

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

En el caso de hospitalización por embarazo, parto y complicaciones del embarazo, aplicará un periodo de espera de ocho meses contados a partir del ingreso del Asegurado al Grupo.

Exclusiones:

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

- I. Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas o hospitales psiquiátricos, institutos médico pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- II. Cualquier tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por el Asegurador. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.
- III. El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional
- IV. Tratamientos con fines estéticos, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización, de cirugía plástica salvo que sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del contrato
- V. Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias
- VI. Una enfermedad psíquica o nerviosa
- VII. Un chequeo médico
- VIII. Una interrupción voluntaria del embarazo
- IX. Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado
- X. El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente
- XI. Un estado de demencia
- XII. En caso de hospitalización por accidente, un estado alcohólico caracterizado por un

nivel de alcohol puro en sangre superior al que prevé la legislación o reglamentación a efectos de la conducción de vehículos, en vigor el día del siniestro

XIII. Las estancias en hospital y/o clínicas para curas de desintoxicación alcohólica

XIV. Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades

XV. Diálisis y hemodiálisis

XVI. Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva

XVII. Las enfermedades y accidentes que se produzcan por consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad del estado en tiempos de paz

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

XIX. Padecimientos o enfermedades preexistentes durante los primeros 18 meses de cobertura ininterrumpida del Asegurado.

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

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

Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente por Accidente

Este beneficio proporciona al Asegurado en una sola exhibición, el pago de la suma asegurada contratada, si durante la vigencia del seguro se invalida a causa de un accidente, siempre que la invalidez sea total y permanente.

El pago de la suma asegurada se realiza al presentar las pruebas que demuestren o corroboren dicha condición y después de que hayan transcurrido seis meses contados a partir de que se haya diagnosticado la invalidez total y permanente, y ésta subsista al término de dicho periodo.

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

También se consideran estados de invalidez o incapacidad total y permanente, sin que opere el periodo de espera de 6 meses, los siguientes eventos:

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

Para efectos de esta cobertura se entiende por pérdida:

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

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular.

Exclusiones

Este Beneficio no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental**
- b) Lesiones provocadas intencionalmente por el propio Asegurado**
- c) Lesiones sufridas cuando el Asegurado participe directamente en servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección**
- d) Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio Asegurado como sujeto activo.**
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que el Asegurado haya sido el provocador.**
- f) 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**
- g) Lesiones sufridas estando el Asegurado bajo los efectos del alcohol o alguna droga, enervante, estimulante o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.**

Exclusiones que se pueden cubrir bajo convenio expreso

Se ampara las siguientes actividades mediante convenio expreso y señaladas en la carátula de la póliza y/o certificado correspondiente bajo el cobro de la prima correspondiente:

- a) Accidentes que ocurran por la participación del Asegurado como conductor o competidor en carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- b) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto 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.**
- c) 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.**

Incapacidad Temporal por Accidente

Si como consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado sufriera un estado de incapacidad total temporal, la Compañía pagará en una sola exhibición la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza siempre que la incapacidad sea mayor o igual a doce días.

En esta cobertura pueden incluirse como Asegurados, al cónyuge, los hijos, padres y suegros del Asegurado titular.

Exclusiones

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

- a) Encontrarse en las situaciones o participar en las actividades que se indican:**
 - I. Jubilación, pensión, cesantía en edad avanzada o retiro del Asegurado.**
 - II. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - III. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo en los que participe directamente el Asegurado, como sujeto activo.**
 - IV. 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.**
 - V. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
 - VI. Conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres.**
 - VII. 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.**
- b) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- c) Cualquier tratamiento relacionado con padecimientos o enfermedades preexistentes, según se definen en estas condiciones.**
- d) Reclamaciones relacionadas con tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis, psicosis, excepto si se demuestra que son consecuencia de un accidente o de daños causados por un agente patológico.**
- e) Lesiones sufridas por la culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar en estado de alcoholismo o por el uso de estimulantes o drogas excepto si fueron prescritas por un médico.**

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

Para determinar el estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal del Asegurado, se requerirá la presentación a La 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.

La Aseguradora tendrá la facultad de requerir al Asegurado la realización de los exámenes necesarios con médico dictaminador designado por ella, especialista en medicina del trabajo, para declarar la procedencia o improcedencia de la Invalidez Total y Permanente. En caso de que el médico dictaminador de la Aseguradora, dictamine que la enfermedad que padece el Asegurado no constituye un estado de Invalidez Total y Permanente o Incapacidad Temporal, las partes de común acuerdo podrán solicitar una tercera opinión de un médico independiente especialista en la materia, cuyo costo correrá a cargo de la Aseguradora, siendo el dictamen de éste último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

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

IV. Endosos

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

Anticipo de suma asegurada por fallecimiento a causa de un accidente

Por medio de este endoso se otorga, al momento de enterarse del fallecimiento a causa de un accidente del Asegurado, a los

Beneficiarios designados en la proporción que les corresponda, un anticipo de la Suma Asegurada igual al 30% de la Suma Asegurada por el Beneficio de Muerte Accidental con tope de \$100,000 M.N. Esta cantidad será descontada de la liquidación final a la que los Beneficiarios tuviesen derecho.

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

Certificado de defunción (copia)

Actuaciones del ministerio público

Consentimiento firmado por el Asegurado en donde designe a sus Beneficiarios.

Copia de identificación oficial del Beneficiario.

En caso de que se compruebe que el pago no fuese procedente, los Beneficiarios a los que se les hubiese pagado el anticipo deberán devolver los montos indemnizados en su totalidad.

Ampliación del periodo para muerte accidental o pérdidas orgánicas

Por medio del presente endoso se hace constar que en caso de que el asegurado fallezca o sufra una pérdida orgánica cubierta como consecuencia de un accidente; Thona indemnizará la Suma Asegurada contratada siempre y cuando el fallecimiento o la pérdida orgánica ocurra dentro de la vigencia de la póliza y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente.

Lesiones por ingesta de alcohol

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de un accidente cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando él no sea responsable y así conste en actuaciones del Ministerio Público.

El sólo hecho de ser responsable del accidente al encontrarse bajo los efectos del alcohol se considerará culpa grave por lo que Thona queda eximida de cualquier pago.

Aviación particular

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido cuando el Asegurado se encuentre viajando como pasajero a bordo de una aeronave privada, aerotaxis y aviones fletados entendiéndose como aeronave privada un avión de línea no comercial, siempre y cuando los vuelos que se efectúen no excedan 100 horas anuales. El piloto de la aeronave deberá contar con licencia vigente que lo acredite como tal.

Quedan incluidos los Accidentes que ocurran cuando el Asegurado viaje a bordo de helicópteros.

Este endoso no aplica a los Asegurados cuyas actividades sean similares a las que a continuación se enuncian pero no limita: pilotos y copilotos de aeronaves y sobrecargos

Certificados individuales

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

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

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

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

Consentimientos

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

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

Para que dichos Consentimientos sean válidos:

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

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

Lesiones por actos delictivos

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado derivado de actos delictivos en los que participe de forma involuntaria como sujeto pasivo. Por lo anterior se deberá presentar copia del acta del Ministerio Público certificada por el mismo, en donde se acredite que el evento que ocasionó las lesiones fue contra su voluntad.

Deportes peligrosos

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado a consecuencia de la práctica amateur de deportes peligrosos aéreos, acuáticos, de nieve y tierra tales como paracaidismo, vuelo ultraligero, vuelo delta, parapente, motonáutica, buceo, charrería, esquí sobre agua o nieve, alpinismo, tauromaquia, así como otras actividades deportivas igualmente peligrosas, siempre y cuando estas actividades hayan sido realizadas bajo la supervisión de un instructor.

Adicional a lo anterior se incluye el uso recreativo u ocasional de motocicletas, cuatrimotos o motonetas.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

Uso de motocicleta como herramienta de trabajo

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura aplicará únicamente cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que el Asegurado utilice la motocicleta como herramienta de trabajo.
- b) Que el accidente ocurra en horario laboral, desempeñando actividades propias de su trabajo y dentro de los límites de la entidad federativa donde se encuentra ubicado el contratante.
- c) El Asegurado deberá utilizar el equipo reglamentario de seguridad y contar con licencia de motociclista en vigor.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

Uso de motocicleta como medio de transporte

Por medio del presente endoso se cubre en los beneficios de accidente e invalidez (en caso de tener los beneficios contratados) el siniestro que sufra algún Asegurado ocurrido éste se encuentre utilizando una motocicleta, motoneta o vehículos similares de motor.

Esta cobertura no ampara las lesiones ocasionadas por la participación del asegurado en pruebas, contiendas o competencias deportivas.

Indisputabilidad

Por medio del presente endoso se hace constar que, en el entendido que la Colectividad Asegurada 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.

Nivel Hospitalario

Pago Directo: Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Medio, la indemnización podrá realizarse vía Pago Directo.

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

Reembolso: Cuando la atención médica sea en hospitales de Nivel Alto, la indemnización se realizará únicamente vía Reembolso, aplicando el tabulador vigente al momento del siniestro. Así mismo se aplicará una penalización de \$1,000 M.N. Como deducible, adicional a lo ya contratado.

Para efectos del contrato de seguro y el presente endoso, 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 la suma 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.

Padecimientos Especiales

Para la cobertura de Ortesis, las Botas Walker, Botas de Rehabilitación, Caminador Darco, Daonsa y similares el monto máximo a indemnizar es de \$2,000 M.N. quedando las diferencias a cargo del asegurado.

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

Para los procedimientos por lesión de rodilla el monto máximo a indemnizar es de \$25,000 M.N. o la Suma Asegurada, lo que sea menor, quedando las diferencias a cargo del asegurado.

Para los procedimientos por lesión de Nariz el monto máximo a indemnizar es de \$25,000 M.N. o la Suma Asegurada, lo que sea menor, quedando las diferencias a cargo del asegurado. No se cubren procedimientos con fines estéticos.

Para rehabilitación física se cubrirán bloques de 10 sesiones, por cada 10 sesiones se solicitará informe médico con la actualización del estado clínico del asegurado, con tope de autorización de 30 sesiones máximo. Aplicará tabulador correspondiente.

Queda excluido la Reposición de prótesis dentales, alveolares o gingivales, de aparatos ortopédicos, así como Prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la Audición, que el Asegurado ya utilizaba, cualquiera que sea su tipo y sin importar la naturaleza o causas de su reposición.

En caso de mordeduras o piquetes de cualquier animal únicamente quedarán cubiertas las lesiones provocadas por dicho evento. Sin embargo; quedan excluidas las reacciones alérgicas, intoxicaciones, envenenamiento; así como, las enfermedades o infecciones que transmitan estos vectores.

Antigüedad

Se reconoce la antigüedad de cada asegurado a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada, siendo la fecha de vigor el inicio de la primera expedición de una póliza en una Institución Mexicana de Seguros, siempre y cuando haya tenido periodos continuos de cobertura.

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

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

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

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 octubre de 2017 con el número CNSF-S0120-0452-2017/CONDUSEF-002736-04

Folleto de derechos básicos Contratante, Asegurado y Beneficiario

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

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



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



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



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



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



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



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

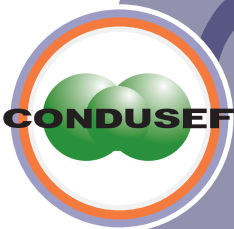
En caso de siniestro se tiene derecho a:



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



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



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

No dudes en contactarnos de cualquier parte de la República Mexicana al número telefónico 800 088 4662 o bien al correo electrónico **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 11 de Junio de 2019 , con el número **CGEN-S0120-0027-2019/G-01091-001**.



THONA
SEGUROS[®]