

RESUMEN DE CONDICIONES GENERALES
SEGURO PREVENTIVO Ü HEALTH
Coberturas de seguro otorgadas por THONA Seguros, S.A. de C.V.
Beneficios adicionales otorgados por Ü Health

I. DEFINICIONES

1. Accidente:

Acontecimiento externo, súbito, fortuito y violento que produzca lesiones corporales, pérdidas orgánicas, invalidez o muerte del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la cobertura y que sea comprobable por medios médicos.

2. Asegurado:

Persona física inscrita en la póliza y en el certificado individual emitido por la Compañía.

3. Beneficiario:

Persona designada por el Asegurado para recibir la Suma Asegurada correspondiente en caso de fallecimiento o invalidez.

4. Compañía o Aseguradora:

Thona Seguros, S.A. de C.V., institución de seguros autorizada y supervisada por la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)**.

5. Contratante:

Persona física o moral que celebra el contrato de seguro, paga la prima y tiene facultades para incluir o excluir Asegurados dentro de la póliza.

6. Invalidez Total y Permanente:

Estado físico o mental que imposibilite al Asegurado de forma total y definitiva para desempeñar cualquier ocupación remunerada o actividad productiva, conforme al dictamen médico emitido por un especialista o institución reconocida.

7. Pérdidas Orgánicas:

Pérdida anatómica o funcional de un miembro u órgano, conforme a la tabla de indemnizaciones establecida en estas Condiciones Generales.

8. Suma Asegurada:

Límite máximo de responsabilidad de la Compañía por persona y por evento, para cada cobertura contratada.

9. Vigencia:

Periodo de tiempo durante el cual las coberturas se encuentran en vigor, siempre y cuando la prima haya sido pagada.

10. Forma de Uso y Solicitud de Asistencias:

Para solicitar cualquier servicio, cobertura o asistencia, el Asegurado titular deberá comunicarse mediante los canales oficiales de ÜHEALTH (aplicación móvil, WhatsApp o línea telefónica), donde se le indicará el procedimiento para acceder al beneficio correspondiente.

IV. COBERTURAS ÜHEALTH

Los servicios descritos a continuación son proporcionados directamente por Ü Health. Su uso requiere programación previa a través de nuestros canales oficiales, y su disponibilidad depende de la agenda de nuestros proveedores.

1. Check-Up Anual (1 por asegurado titular)

- Incluye: química sanguínea completa.
- Período de espera: 90 días desde el inicio de vigencia.
- Requisitos: programación previa en clínicas o laboratorios en convenio.
- Limitación: 1 vez al año por asegurado.
- **Nota importante: una vez emitido el pase para realizar la química sanguínea, el titular dispone de 15 días para utilizarlo en el laboratorio. Si no se presenta en este plazo, el pase se cancelará y se considerará como utilizado.**

2. Estudios Preventivos

- Mujeres: Papanicolaou o mastografía.
- Hombres: antígeno prostático (PSA).
- Periodo de espera: 90 días desde el inicio de vigencia.
- Limitación: 1 estudio anual según corresponda.
- Requisitos: programación previa en clínicas o laboratorios en convenio.
- Nota importante: el titular debe solicitar el estudio, ya que los resultados se enviarán únicamente a él. Cada pase tiene un **plazo de 15 días** para su uso; si no se utiliza dentro de este periodo, se considerará como consumido.

3. Telemedicina 24/7 a través de nuestra aplicación

<https://albo-salud.saludu.com/>

- Consultas generales ilimitadas por chat, voz o video.
- Periodo de espera: aplica desde el inicio de vigencia, sin espera.
- Exclusiones: no sustituye servicios de urgencias ni consultas presenciales.
- Nota: no requiere programación previa ni pase; se activa automáticamente para el titular y beneficiarios.

4. Historial Clínico Digital

- Registro de consultas, estudios y seguimiento de salud en la app.
- Exclusiones:
 - No constituye expediente clínico oficial.
 - Custodia según Aviso de Privacidad y normativa de datos de salud.
- Nota: el titular es responsable de proporcionar información veraz y mantenerla actualizada.

5. Creación de Rutinas de Gym Personalizadas

- Diseño de programas de ejercicio y acondicionamiento físico por especialistas.
- Exclusiones:
 - No sustituye supervisión presencial profesional.
 - Ü Health no se responsabiliza por lesiones durante la práctica.
- Nota: requiere programación a través de la app por parte del titular.

6. Consultas con Especialistas vía App

- Especialidades disponibles: Medicina General, Nutrición, Psicología, Psicología Infantil, Psiquiatría, Entrenador Personal, Pediatría, Ginecología, Dermatología, Cardiología, Alergología, Endocrinología, Fisioterapia, Traumatología, Sueño infantil.
- Alcance del servicio: orientación médica, psicológica o de salud preventiva, resolución de dudas básicas y canalización a especialista presencial si es necesario.
- Exclusiones:
 - No se emiten recetas oficiales, incapacidades ni certificados.
 - No aplica para hospitalización, cirugías, procedimientos ni urgencias.
 - La atención psicológica y psiquiátrica es de apoyo y orientación, sin manejo de crisis graves ni emergencias.
- Nota: requiere que el titular solicite la consulta para sí mismo o sus beneficiarios. Los resultados y registros de la consulta serán enviados al titular.

II. RESUMEN DE CONDICIONES GENERALES DE COBERTURAS DE SEGURO

1. Gastos Médicos por Accidente

- **Suma asegurada:** Confirmar en carátula del certificado.
- **Cobertura:** Ampara el riesgo de someterse, en territorio nacional, a un tratamiento médico y/o quirúrgico, hospitalización, hacer uso de servicios de enfermería, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente cubierto hasta por la suma asegurada contratada que se muestra en la póliza y/o certificado individual. El pago de este beneficio podrá ser mediante Pago Directo o Reembolso de acuerdo con lo estipulado en la cláusula siempre y cuando ocurran dentro de los 30 días posteriores al evento. Que la póliza se encuentre vigente y pagada al momento del siniestro y de la reclamación del mismo.
- **Incluye:**
 - Honorarios médicos y quirúrgicos
 - Hospitalización y servicios de enfermería
 - Medicamentos prescritos
 - Estudios de gabinete y laboratorio
 - Material de curación
 - Rehabilitación y fisioterapia (máximo 10 sesiones por evento)
 - Ambulancia terrestre al hospital más cercano
 - Sin deducible.

Documentación requerida:

- Certificado individual
- Reporte médico y facturas originales
- Identificación oficial del Asegurado
- Acta del Ministerio Público en caso de accidente grave
- Solicitud de reclamación
- Formato de aviso de accidente
- Carta de cesión de derechos de reclamación de siniestros
- Identificación Oficial Vigente
- Comprobante de domicilio no mayor a tres meses
- Estado de cuenta bancario no mayor a tres meses
- Facturas originales en PDF y XML
- Receta y/o Prescripción médica
- Interpretación de estudios realizados

Condición clave: Los gastos deben estar comprobados con facturas y ocurridos dentro de los 90 días posteriores al accidente.

Exclusiones específicas:

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

- Para las lesiones de rodilla a consecuencia de un accidente, la Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza.
- Para las lesiones de nariz a consecuencia de un accidente, la Compañía indemnizará al Asegurado la suma Asegurada estipulada en la póliza. No se cubren procedimientos con fines estéticos.
- 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. Quedan excluidas las lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlicos, psicodídos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine).
- Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.

- 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.
- Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia de enfermedades o padecimientos preexistentes.
- Lesiones, enfermedades o padecimientos derivados de piquete de mosquito (culícidos, tipúlidos, psicódidos, quironómidos, zancudo o cualquier otra forma en que se les denomine)
- Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
- Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
- Gastos por tratamiento profiláctico, preventivo, multivitamínicos, suplementos alimenticios, gastro protectores, y gastos personales no relacionados con el tratamiento dentro del hospital.

2. Muerte Accidental

- Suma Asegurada: Confirmar en carátula del certificado.
- Si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto dentro de los 90 días siguientes, la Compañía pagará a los Beneficiarios designados.
- La Aseguradora pagará 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 acontecido durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente

Exclusiones específicas:

- Suicidio o intento de suicidio.
- Participación voluntaria en actos delictivos.
- Guerra, terrorismo, motines o servicio militar.
- Accidentes aéreos como piloto, copiloto o sobrecargo (solo cubierto como pasajero y hasta 100 horas de vuelo privado anuales).

Documentación requerida:

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.

Certificado Individual, si lo tuviese.

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción, si lo tuviera.

Acta de defunción del Asegurado.

Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

Acta de matrimonio actualizada (En caso de que el Cónyuge sea Beneficiario).

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.

Copia de la identificación oficial de los Beneficiarios.

Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses.

Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago.

3. Pérdidas Orgánicas

- **Suma Asegurada:** Confirmar en carátula del certificado.
- Pago proporcional de acuerdo con la siguiente tabla:

TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDICAS ORGÁNICAS ESCALA "A"

Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

Exclusiones específicas:

- Pérdidas no derivadas de accidente.
- Amputaciones por enfermedad.
- Accidentes bajo estado de ebriedad o drogas cuando el Asegurado sea responsable.

Documentación requerida:

- Dictamen médico especializado.
- Reporte de accidente.
- Identificación oficial.
- Formato de reclamación.
- Identificación Oficial Vigente
- Comprobante de domicilio no mayor a tres meses
- Estado de cuenta bancario no mayor a tres meses
- Facturas originales en PDF y XML
- Receta y/o Prescripción médica
- Interpretación de estudios realizados

4. Invalidez Total y Permanente

- **Suma Asegurada:** Confirmar en carátula del certificado.
- Aplica cuando el Asegurado quede imposibilitado total y definitivamente para desempeñar cualquier trabajo remunerado.
- **Periodo de espera:** 0, 3 o 6 meses, según certificado individual.

Exclusiones específicas:

- Invalidatez temporal o parcial.
- Enfermedades preexistentes no declaradas.
- Lesiones derivadas de actos ilícitos cometidos por el Asegurado.

Documentación requerida:

- Dictamen médico expedido por IMSS, ISSSTE o especialista autorizado.
- Dictamen de invalidez con antigüedad mínima de 6 meses.
- Identificación oficial.
- Formato de reclamación.
- Identificación Oficial Vigente
- Comprobante de domicilio no mayor a tres meses
- Estado de cuenta bancario no mayor a tres meses
- Facturas originales en PDF y XML
- Receta y/o Prescripción médica
- Interpretación de estudios realizados

5. Gastos Funerarios

- Cubre los gastos de cremación o inhumación del Asegurado hasta la suma asegurada establecida.
- Para menores de 12 años aplica el equivalente a **60 UMAS mensuales**.

Exclusiones específicas:

- Suicidio dentro de los dos primeros años de cobertura.
- Gastos no directamente relacionados con el servicio funerario (flores, cafetería, nicho, etc.).
- Repatriación de restos fuera del país.

Documentación requerida:

Formato de reclamación el cual será proporcionado por la Aseguradora.

Certificado Individual, si lo tuviese.

Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.

Certificado de defunción.

Acta de defunción del Asegurado.

Copia certificada completa de la Carpeta de Investigación correspondiente.

Copia de identificación oficial del Asegurado, si la tuvieran.

Copia de identificación oficial de los Beneficiarios.

Comprobante de domicilio de los Beneficiarios, con una antigüedad no mayor a tres meses. En caso de reclamar los gastos funerarios de alguno (s) de los dependientes del Asegurado, documento en el cual se acredite el parentesco.

Encabezado de estado de cuenta bancario del Beneficiario, para efectos de realizar el pago.

III. NOTA IMPORTANTE

Para el pago de cualquier cobertura, THONA Seguros, S.A. de C.V. tendrá derecho a requerir información y/o documentación adicional a la señalada en este documento, cuando así lo considere necesario para comprobar la procedencia del siniestro, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro. La omisión en la entrega de dicha información podrá ser causa de rechazo o suspensión del pago hasta cumplir el requisito.

6. Ambulancia de Emergencia

Cobertura:

- Traslado terrestre básico al hospital más cercano.
- Periodo de espera: 30 días desde el inicio de vigencia.
- Límite: hasta \$2,000 MXN por evento.
- Exclusiones: traslados programados, fuera de cobertura o transporte aéreo.
- Nota: la solicitud debe ser realizada por el titular o responsable del asegurado.

El uso de ambulancia se cubrirá solo en caso de urgencia médica derivada de un accidente es decir toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera una actuación médica inmediata.

V. EXCLUSIONES GENERALES

- Suicidio dentro de los dos primeros años.
- Actos de guerra, rebelión o terrorismo.
- Accidentes bajo influencia de alcohol o drogas cuando el Asegurado sea responsable.
- Actos ilícitos cometidos por el Asegurado.
- Enfermedades o condiciones preexistentes no declaradas.
- Participación en terrorismo o delincuencia organizada.
- Asegurados o beneficiarios incluidos en listas negras nacionales o internacionales.

VI. TERRITORIALIDAD

Cobertura válida únicamente dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

VII. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

1. Notificación dentro de los **10 días hábiles** posteriores al evento.
2. Presentar certificado individual y documentación correspondiente.
3. La Compañía resolverá la reclamación en un máximo de **30 días naturales** tras recibir expediente completo.
4. ÜHEALTH resolverá las solicitudes en un maximo de 30 días habiles, dependiendo de la capacidad de cada uno de sus proveedores.

VIII. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

- **Periodo de gracia:** 15 días para el pago de la prima. Si ocurre un siniestro durante este periodo, la Compañía **cubrirá la reclamación** de manera normal siempre y cuando se pague la poliza.

- **Cancelación:** Superando los 15 días de gracia, la poliza se cancelara de forma automatica.
- **Intento de cobro:** Se haran 4 intentos de cobro durante las 2 semanas siguientes a tu fecha de pago. Si estos no pasan, se cancelaran todos los servicios.

Periodo al descubierto: En caso de que el asegurado deje de cubrir el pago correspondiente dentro del periodo de gracia establecido (30 días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento del pago), la cobertura quedará automáticamente suspendida y se considerará al asegurado en "periodo al descubierto".

Si ocurre un accidente, enfermedad o evento cubierto **durante dicho periodo al descubierto**, la Compañía no tendrá obligación alguna de pago, **aunque el siniestro se reporte en fechas posteriores**.

Para restablecer la cobertura, el asegurado deberá reactivar su pago y será aplicable nuevamente el periodo de espera correspondiente según el beneficio contratado.

IX. DISCLAIMER LEGAL

Ü Health actúa únicamente como **intermediario y administrador de beneficios**.

- Las coberturas de seguro son otorgadas por **THONA Seguros, S.A. de C.V.**, supervisada por la **CNSF**.
- Los beneficios asistenciales son proporcionados directamente por Ü Health y **no constituyen un seguro ni sustituyen la cobertura médica profesional**
- **Para consultar las condiciones,**