



PLENIT COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

Condiciones Generales

Accidentes Personales Colectivo



Contenido

Aviso de Privacidad	3
Sección 1. Definiciones	4
Sección 2. Coberturas	6
Sección 2.1. Cobertura Básica	6
Muerte Accidental.....	6
Gastos Funerarios por muerte accidental	6
Sección 2.2. Coberturas Adicionales	7
Cobertura de Pérdidas Orgánicas.....	7
Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	8
Cobertura de Indemnización Diaria por Accidente.....	10
Sección 2.3 Servicios de Asistencia	12
Asistencia Médica Activa	13
Servicios de Asistencia Nutricional Telefónica	¡Error! Marcador no definido.
Servicio de Asistencia Psicológica por Videoconsulta o Vía Telefónica	14
Sección 3. Exclusiones Generales	15
Sección 4. Cláusulas Generales	17

Aviso de Privacidad

Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos.

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la Aseguradora PLENIT Compañía de Seguros, S.A. de C.V. con domicilio en Calle 29 sur #127, Col. La Paz. CP 72160. Puebla, Puebla, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para más información ponemos a su disposición, nuestra página de internet <https://www.plenit.mx/aviso-de-privacidad> en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

Sección 1. Definiciones

Con el fin de interpretar las condiciones generales, particulares y/o especiales estipuladas en este Contrato de Seguro a continuación se precisan las siguientes definiciones:

Accidente: Acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta, que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado.

Asegurado: Persona física sobre la que operan las coberturas del contrato.

Aseguradora: PLENIT Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Asegurado Titular: Persona física sobre la que operan las coberturas del contrato, que siendo miembro de la Colectividad Asegurable, tiene el vínculo o interés lícito con el Contratante.

Beneficiarios. Serán el asegurado o aquella(s) persona(s) designada(s) por él, en el Consentimiento o Consentimiento-Certificado Individual que recibirá(n) el (los) beneficio(s) amparado(s) por las diferentes coberturas contratadas, en caso de la realización del Siniestro. En el caso de las coberturas adicionales el Beneficiario es el propio Asegurado.

Colectividad. Cualquier conjunto de personas que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

Colectividad Asegurable. Colectividad que cumple con la Elegibilidad.

Consentimiento- Certificado Individual. Es el documento que expide la Aseguradora y entrega a los asegurados para designar al (los) beneficiario(s) de conformidad con este seguro, y da fe de la existencia de las coberturas contratadas.

Contratante. Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro y que además se compromete a realizar el pago de la Prima.

Contrato de Seguro. Aquel por virtud del cual la empresa aseguradora se obliga, mediante el cobro de una Prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.

Deducible. Cantidad estipulada en la Carátula de la Póliza y cuyo importe correrá a cargo del Asegurado en cada Siniestro de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

Elegibilidad. Regla clara y de aplicación general determinada por el Contratante y la Aseguradora, que define a las personas que podrán ser aseguradas.

Enfermedad. Toda alteración de la salud, que resulte por la acción de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo.

Enfermera. Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos. La Enfermera no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

Extraprima: Cantidad adicional de Prima, que el Asegurado se obliga a pagar a la Aseguradora por cubrir un riesgo agravado.

Hospital o Sanatorio: Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes.

Hospitalización. Es la estancia en un Hospital o Sanatorio, siempre y cuando el Asegurado sea clasificado como paciente interno.

Lesión. Alteración órgano-funcional, que se deriva de cualquier Accidente.

Médico. Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, pudiendo ser: Médico general, especialista, cirujano u homeópata.

Padecimiento. Término genérico para referirse al daño provocado por un Accidente.

Periodo de Gracia. Plazo que la Aseguradora concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones correspondientes en caso de pactarse pago en parcialidades.

Póliza. Documento que instrumenta el Contrato de Seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre la Aseguradora y el Contratante.

Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios. Médicos, Enfermeras Hospitales, establecimientos de salud, farmacias, laboratorios o gabinetes clínicos, que proporcionan sus servicios a los Asegurados.

Prima. Aportación económica que debe pagar el Contratante a la Aseguradora en contraprestación por la cobertura de seguro.

Reembolso. Proceso mediante el cual la Aseguradora indemniza al Asegurado por los gastos efectuados y cubiertos por la Póliza.

Siniestro. La ocurrencia de cualquier Accidente que pueda ser motivo de indemnización de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

Suma Asegurada. Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora, en cada Siniestro o accidente ocurrido, reclamado y procedente, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, endosos, condiciones generales y especiales de la Póliza.

Sección 2. Coberturas

El presente Contrato ampara las coberturas contratadas expresamente, conforme a lo indicado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual correspondiente. La responsabilidad máxima de la Aseguradora para las coberturas contratadas será por la Suma Asegurada que se indique en la carátula de la Póliza y Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual.

Sección 2.1. Cobertura Básica

Para efectos de este contrato se considera como cobertura básica Muerte Accidental o Gastos Funerarios por Muerte Accidental.

Muerte Accidental

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente ocurrido en la vigencia de la misma y a más tardar dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte del asegurado, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual o Consentimiento- Certificado Individual.

Se cubrirá la Muerte Accidental, que derive de actos dolosos cometidos en contra del asegurado, siempre y cuando éste no sea sujeto activo de delito y/o el provocador.

La Aseguradora pagará a las personas designadas en el Consentimiento individual o Consentimiento-Certificado Individual; en caso de no especificarse se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

Gastos Funerarios por Muerte Accidental

La Compañía pagará la Suma Asegurada para este beneficio al beneficiario designado, al momento del fallecimiento. La cantidad máxima que por este concepto pague la Compañía no será superior a 10 veces el valor mensual de la unidad de medida y actualización (UMA). Estará cubierta la muerte accidental que se derive de actos dolosos cometidos en contra del Asegurado, siempre y cuando éste no sea sujeto activo del delito.

La cual estará establecida en la carátula de la Póliza y Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual al padre o tutor del menor de edad.

Sección 2.2. Coberturas Adicionales

A continuación, se describen las coberturas adicionales que podrán ser contratadas en adición a la cobertura básica mediante el pago de la prima correspondiente y cuya contratación deberá especificarse en la Caratula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Cobertura de Pérdidas Orgánicas

Si durante la vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la misma y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la Lesión produjera al Asegurado cualquiera de las pérdidas enseguida enumeradas, la Aseguradora pagará al Beneficiario los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada de acuerdo a la escala de indemnización contratada y establecida en la Póliza, Certificado Individual o Consentimiento-Certificado individual.

Tabla de indemnizaciones

Indemnización por la pérdida de:	“Escala A”	“Escala B”
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos.	100%	100%
Una mano y un pie.	100%	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo.	100%	100%
Una mano o un pie.	50%	50%
La vista de un ojo.	30%	30%
El pulgar de cualquier mano.	15%	15%
El índice de cualquier mano.	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos.	0%	30%
Tres dedos, comprendidos el pulgar y el índice de una mano.	0%	30%
Sordera completa de los oídos.	0%	25%
Tres dedos que no sean el pulgar o el índice de cualquier mano.	0%	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de cualquier mano.	0%	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de cualquier mano.	0%	20%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos 5 centímetros.	0%	15%
El dedo medio, anular o meñique.	0%	6%
Cualquier dedo del pie	0%	6%

Para efectos de lo anterior se entenderá:

- Por pérdida de la mano, la mutilación, anquilosamiento total a nivel de la articulación carpo - metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie, a la mutilación o anquilosamiento total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;

- Por pérdida de los dedos, la mutilación o anquilosamiento desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista.

El pago de la suma de las indemnizaciones por una o varias pérdidas orgánicas, en uno o varios accidentes, en ningún caso será superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si como consecuencia directa de un Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza y dentro de los 10 primeros días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas. la Aseguradora reembolsará al Beneficiario, el costo de los mencionados gastos previa comprobación de los mismos, descontando el Deducible contratado para esta cobertura y que aparece en la Póliza, Certificado Individual o Consentimiento - Certificado Individual.

La Aseguradora sólo pagará los gastos médicos cubiertos por la Póliza, si son prescritos expresamente por el médico tratante y estrictamente necesarios para el tratamiento de los padecimientos procedentes, asimismo sólo se pagarán 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 forma, la Aseguradora sólo pagará los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados por la Secretaría de Salud, así como las facturas de medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete prescritos por el médico tratante.

Pruebas

Cuando se derive alguna obligación para la Aseguradora, el reclamante, además de entregar las formas de declaración que le sean proporcionadas, debe presentar todas las pruebas de los gastos incurridos, tales como recetas, comprobantes, notas, facturas con los requisitos fiscales correspondientes, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se hayan erogado dichos gastos.

Período de Beneficio

La suma de los reembolsos por cada accidente cubierto en ningún caso podrá ser mayor a la suma asegurada contratada para esta cobertura. La suma asegurada para esta cobertura será por siniestro, por lo que la responsabilidad la Aseguradora finalizará automáticamente respecto a cada uno de los accidentes de los asegurados, cuando:

- a) Se agote la suma asegurada establecida en el certificado para esta cobertura, o,
- b) El Asegurado sea dado de alta de sus lesiones o
- c) Al término de la vigencia de la póliza, lo que ocurra primero.

Aplicación de Deducible

El Deducible es aplicable en cada Siniestro reclamado por la cobertura de reembolso de gastos médicos.

Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, se considerarán como un solo Siniestro.

Los Gastos Médicos por Accidente no serán cubiertos en caso de que el monto de estos sea inferior al deducible.

Exclusiones de la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:

Esta cobertura no cubre el “Reembolso de Gastos Médicos por Accidente” que sean consecuencia de:

- a) Pagos o donativos que se hayan efectuado a hospitales, sanatorios de beneficencia, establecimientos de caridad, asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.
- b) Tratamiento médico o quirúrgico recibido fuera de la República Mexicana, salvo pacto expreso en contrario.
- c) De gastos médicos ocurridos en la vigencia de la póliza correspondientes a accidentes que sucedieron antes de iniciar la cobertura con la aseguradora.
- d) Gastos médicos o quirúrgicos cuando éstos no sean necesarios o no sean consecuencia de la atención de un accidente cubierto.
- e) Tratamientos experimentales o de investigación.
- f) Tratamientos basados en medicina alternativa y complementaria, con beneficio incierto o con fines preventivos.
- g) Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
- h) Gastos por productos cosmetológicos.
- i) Curas de reposo, Check Ups, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo que no estén directamente relacionados con el accidente que dio lugar a la reclamación.
- j) Hernias o eventraciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia, y el siniestro sea procedente de conformidad con las condiciones generales de la Póliza.
- k) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el traslado del Asegurado al Hospital o durante su estancia en éste, así como gastos administrativos derivados por estas causas.

- l) Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos o hermanos).**
- m) Reposición o reparación, de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de la Póliza o durante la vigencia de la misma, excepto que sean a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia, y el siniestro sea procedente de conformidad con las condiciones generales de la Póliza.**
- n) Anteojos, lentes de contacto externos o internos.**
- o) Prótesis auditiva y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición.**
- p) La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos, aunque sean médicamente necesarios o se encuentren prescritas por el médico tratante.**
- q) Vendas elásticas y/o medias de compresión, aunque sean médicamente necesarias o se encuentren prescritas por el médico tratante.**
- r) Bridas o adherencias con antecedente de procedimientos quirúrgicos abdominales previos a la contratación de la Póliza.**
- s) Cualquier cirugía que no esté directamente relacionada con el accidente que dio lugar a la reclamación.**
- t) Tratamientos de enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.**
- u) Lesiones por enfermedades, enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico, de lo expresamente excluido en este contrato.**

Cobertura de Invalidez Total y Permanente por Accidente

PLENIT pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado, si sufre un estado de Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente cubierto.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente cubierto que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta invalidez, se requerirá que el estado de invalidez haya sido continuo.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a PLENIT el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución de seguridad social

(IMSS, ISSSTE, SSA, PEMEX, SEDENA, etc.) o de un médico especialista en medicina del trabajo con cédula profesional o de un médico especialista de acuerdo al tipo de invalidez que se pretenda acreditar, así como todos los exámenes, estudios y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por PLENIT pertenecientes a su red, para estos efectos y, en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, posterior a la evaluación y/o peritaje, PLENIT cubrirá los gastos generados derivados del peritaje, así como lo correspondiente a la indemnización en términos del contrato de seguro. Si después del peritaje se determina que no procede el estado de Invalidez Total y Permanente, los costos derivados del peritaje correrán a cargo del Asegurado.

En caso de que el Asegurado no tenga un trabajo formal, se entenderá como estado de Invalidez Total y Permanente, cuando no pueda realizar ningún tipo de trabajo remunerativo o realizar (con o sin ayuda), por un periodo continuo de 6 (seis) meses, por lo menos 3 (tres) de las siguientes 6 (seis) "Actividades Cotidianas" enumeradas a continuación:

Actividades Cotidianas:

- I. **Bañarse:** acto de lavarse en el baño o ducharse (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios, con fines de higiene y mantenimiento de la salud;
- II. **Vestirse:** acto de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
- III. **Trasladarse:** habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
- IV. **Movilidad:** habilidad de moverse o desplazarse en casa de un cuarto a otro, para alojarse en superficies planas;
- V. **Necesidades Fisiológicas de Eliminación:** habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;
- VI. **Alimentación:** acto de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada por terceros y/o esté disponible.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, y no aplicará el periodo de espera:

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

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Período de Espera

El beneficio derivado del estado de invalidez del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos 182 (ciento ochenta y dos) días de diagnosticado el estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando el estado de invalidez sea definitivo y este prevalezca.

No operará el periodo de espera, cuando el estado de invalidez sea dictaminado por una institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, SSA, PEMEX, SEDENA, etc.) a la que se encuentre adscrito el Asegurado, es decir, que sea derechohabiente de la misma.

Cobertura de Indemnización Diaria por Incapacidad por Accidente**a) Por incapacidad total.**

Si a consecuencia de un accidente y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, el asegurado sufriera la incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y se encontrara recluido por indicación médica en un sanatorio, hospital o en su domicilio, la Aseguradora pagará la indemnización diaria estipulada en la carátula de esta póliza, mientras subsistan la incapacidad y la reclusión, pero sin que el periodo de pago exceda de 182 días.

b) Por incapacidad parcial.

Si a consecuencia de un accidente y dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo o inmediatamente después de un periodo de incapacidad total, el asegurado sufriera la incapacidad para desempeñar una o más labores diarias propias de su ocupación, la Aseguradora pagará el 40% de la indemnización diaria estipulada para incapacidad total, mientras subsista la incapacidad, pero sin que el periodo de pago exceda de 182 días consecutivos.

Si mientras el asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria, por incapacidad total o parcial, cubierta según se establece en los dos párrafos anteriores y como consecuencia directa del accidente ocurriese la muerte, o las pérdidas orgánicas, La Compañía pagará las sumas aseguradas correspondientes a dichas coberturas, si éstas han sido contratadas.

Sección 2.3 Servicios de Asistencia

PLENIT, proporcionará los servicios de asistencia, siempre y cuando se encuentre incluida en la carátula de la póliza.

Las personas que prestan los Servicios de Asistencia son contratistas independientes de PLENIT por lo que ésta, no obstante que será responsable por la prestación de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este Contrato de Seguro, no será responsable por las deficiencias en que incurran tales personas o establecimientos.

Los servicios que se otorgarán se enuncian a continuación, así como sus características y exclusiones.

Asistencia Médica Activa

El servicio de asistencia médica activa se proporcionará las 24 horas del día y los 365 días del año, a los asegurados de esta póliza, la consulta necesaria sobre problemas médicos, dudas con relación a la utilización de medicamentos, síntomas y/o molestias que le aquejen, lo cual hará a través del personal médico que sea designado para ello en ese momento.

Se proporcionará al asegurado, la posibilidad de contactar a un médico por medio de telemedicina ya sea por vía telefónica o plataforma de video, el cual podrá resolver sus dudas generales respecto a:

- Tratamientos.
- Enfermedades o padecimientos.
- Vacunas.
- Medidas de prevención y atención.
- Cualquier otra duda dentro del área de la salud, en el primer horario disponible de los doctores del área médica.

El asegurado, contará con el servicio de telemedicina y seguimiento médico, dirigido a enfermedades crónico-degenerativas, como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial o en su defecto, que presente factores de riesgo para el desarrollo de estas.

Con la finalidad de mejorar el apego al tratamiento, el conocimiento y entendimiento de las enfermedades y sus complicaciones, prevenir y/o detectar a tiempo la aparición de complicaciones y establecer metas y tratamientos individualizados de acuerdo con las necesidades de cada persona, pondrá a disposición del asegurado, los siguientes servicios:

1. Video Consulta o consulta telefónica de primera vez previa cita, bajo el siguiente esquema:
 - Conocimiento Médico – Paciente.
 - Recabación de datos para la historia clínica.
 - Estadificación y clasificación de la enfermedad.
 - Establecimiento de metas individualizadas de acuerdo con las condiciones de cada caso.
 - Educación acerca de la enfermedad para el asegurado y familiares.
 - Educación respecto a hábitos alimenticios y de actividad física.
 - Seguimiento mensual, trimestral, semestral o en el periodo de tiempo que amerite cada caso.
 - Envío de información, educación continua y recordatorios respecto al padecimiento, tratamiento y complicaciones, de forma individualizada, de acuerdo con las necesidades de cada persona y de sus enfermedades.
 - Seguimiento activo vía telefónica o videoconferencia, en caso de descontrol, dudas o mal apego a tratamiento.
2. Posibilidad de incluir apoyo multidisciplinario, médico, nutricional, dental, físico y psicológico, por medio de un complemento del servicio. (Estos servicios pueden o no estar incluidos en el programa).

3. Se expedirá receta para medicamentos de venta libre y la aceptación de la misma está sujeta a las políticas comerciales por parte de la farmacia donde se pretenda surtir.
4. Esta asistencia incluye el recordatorio vía telefónica para la ingesta de medicamentos previa solicitud del asegurado, esta alerta se suspenderá a petición expresa por el mismo medio de comunicación.

Este servicio no tiene costo ni límite de eventos para el asegurado, por año de vigencia.

Exclusiones de la Asistencia Médica Activa

PLENIT, queda facultado para declinar la solicitud de servicio o quedará eximido de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus obligaciones derivadas de los servicios que integran la asistencia médica activa cuando:

- a) **El asegurado se encuentre en un caso de urgencia extrema y tome este servicio de asistencia como única medida de solución.**
- b) **El asegurado utilice la prestación de este servicio para obtener la prescripción de medicamentos controlados o psiquiátricos.**
- c) **El asegurado pretenda el pago o reembolso de los medicamentos prescritos.**
- d) **Cualquier otra persona quiera hacer uso del servicio de telemedicina activa y no tenga la calidad del asegurado.**

Servicio de Asistencia Psicológica por Videoconsulta o Vía Telefónica

PLENIT, por medio de su personal especializado y en un horario de lunes a sábado de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., proporcionará al asegurado la asesoría necesaria vía telefónica o por video consulta sobre problemas o dudas que tenga en materia de psicología.

La profesionista en psicología brindará ayuda sobre:

1. Desarrollo individual y grupal.
2. Prevención y ayuda de trastornos psicológicos, como depresión, ansiedad, estrés, adicciones, etc.
3. Asesoría psicológica para problemas escolares y cambio de hábitos de los hijos.
4. Apoyo psicológico para resolver problemas de pareja, relaciones interpersonales, separaciones, divorcios, violencia intrafamiliar, etc.
5. Referencia de centros de ayuda psicológica estatales y particulares.
6. Apoyo a nivel familiar, de pareja o individual, en situaciones de tipo emocional con el fin de obtener la ayuda apropiada de acuerdo con su caso.
7. Ayuda en duelo y pérdidas emocionales.

El Servicio de asistencia psicológica telefónica o por video consulta no tiene costo ni límite de eventos.

Exclusiones de la Asistencia Psicológica Telefónica

PLENIT, quedará eximida de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus obligaciones derivadas de los servicios que integran la asistencia psicológica telefónica, cuando:

El usuario recurra a esta asistencia como único medio para solicitar ayuda en casos severos o en situaciones en que el asegurado intente atentar contra su vida.

Sección 3. Exclusiones Generales

Este contrato no cubre siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Por participar directamente en o derivado de: terrorismo, actos de guerra (sea ésta declarada o no), servicio militar y/o naval, invasión, conmoción civil, sublevación (sedición o motín), rebelión, insurrección o revolución, marchas, huelgas, manifestaciones, mítines, vandalismo, levantamientos o movimientos populares, atentados o delitos contra la seguridad interior del estado, o cualquier acto con naturaleza similar.**
- b) Participación directa del Asegurado en actos delictivos.**
- c) Peleas o riñas; salvo en aquellos casos donde las lesiones fueron producidas por asalto o intento de éste en contra del asegurado, siempre y cuando sean denunciadas ante el Ministerio Público.**
- d) Suicidio, intento de suicidio, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del asegurado.**
- e) Lesiones o mutilaciones auto - infligidas si son ocasionadas por si solo o en acuerdo con otra persona.**
- f) Accidentes ocasionados por el Asegurado cuando este se encuentre bajo el efecto del alcohol y/o drogas no prescritas por un Médico.**
- g) Aborto o partos.**
- h) Lesiones provocadas por energía nuclear o sustancias radioactivas cualquiera que sea su causa u origen.**

- i) Infecciones, excepto las que acontezcan como resultado de una lesión accidental.**
- j) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, a menos que se demuestre que fue consecuencia de un accidente.**
- k) Inhalación de gases o humo, a menos que se demuestre que fue consecuencia de un accidente.**
- l) Cualquier forma de navegación submarina.**

Asimismo, para todas las coberturas salvo pacto expreso en contrario entre el Contratante y la aseguradora, no se cubrirán siniestros ocurridos o provocados por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- b) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.**
- c) Práctica profesional de cualquier deporte.**
- d) Práctica de paracaidismo, buceo, vela, hockey, charrería, equitación, alpinismo, tauromaquia, vuelo delta, parapente, box, artes marciales, lucha libre y grecorromana, rafting, rappel, jetsky u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.**
- e) Accidentes que ocurran al encontrarse el Asegurado a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un transporte aéreo regular, debidamente autorizado para la transportación de pasajeros, que esté sujeto a itinerarios, frecuencias de vuelos y horarios.**
- f) Asegurados que viajen como piloto o parte de la tripulación o mecánico en vuelo de una línea aérea.**
- g) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**

Sección 4. Cláusulas Generales

4.1 Objeto del contrato

El propósito del presente contrato es ofrecer a las Colectividades contratantes, un seguro que indemnice a los beneficiarios conforme a las coberturas contratadas, por el riesgo de muerte, lesiones que afecte la integridad personal o salud del asegurado, como consecuencia de un accidente que ocurra de conformidad con el Contrato.

4.2 Contrato

Los documentos que a continuación se mencionan constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Aseguradora: la Solicitud de Seguro, la Póliza, la Carátula de Póliza, los Consentimientos-Certificados Individuales, Condiciones Generales, el Registro de Asegurados, los Recibos de Pago y en su caso Cuestionario de actividades u ocupaciones y endoso.

4.3 Vigencia del contrato

La vigencia de este contrato inicia y termina en la fecha y hora indicadas en la carátula de la póliza.

4.4 Territorialidad

Salvo pacto expreso en contrario, el presente contrato solo ampara siniestros ocurridos dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos y Gastos Médicos Cubiertos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos.

4.5 Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

4.6 Régimen fiscal

El régimen fiscal de la Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúen los pagos derivados de este contrato.

4.7 Notificaciones

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Contratante necesite hacer a la Aseguradora, deberá efectuarlos por escrito a su domicilio indicado en la carátula de la Póliza o en sus oficinas de representación en el interior de la República Mexicana. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de la Aseguradora, excepto que ésta se lo indique al Contratante.

Los requerimientos, avisos y notificaciones de La Aseguradora para el Contratante se harán en el último domicilio del Contratante que sea conocido por la Aseguradora.

4.8 Entrega de documentación Contractual

La Aseguradora está obligada a entregar al Contratante de la Póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro de conformidad con lo establecido en la solicitud del seguro, o a través de los medios que la compañía utilice para tales efectos.

4.9 Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, lo anterior de conformidad con el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4.10 Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza, sólo se modificarán previo acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora, mediante Endosos o cláusulas previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.11 Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora que 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.

4.12 Agravación del riesgo

De conformidad con el Artículo 52 de la "Ley Sobre el Contrato de Seguro", el Contratante y/o Asegurado deberán comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales del riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Contratante y/o el Asegurado omitieren el aviso o si provocan una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Aseguradora en lo sucesivo.

La empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

4.13 Otros seguros

4.13.1 Para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

El Contratante debe notificar por escrito a la Aseguradora sobre todo seguro que contrate o haya contratado, y que cubra a las mismas personas contra los mismos riesgos, indicando los nombres de las compañías aseguradoras y las Sumas Aseguradas.

En caso de Siniestro, si las coberturas otorgadas en la Póliza estuvieran amparadas en su totalidad o en forma parcial por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el total de las

indemnizaciones pagaderas por todas las Pólizas, no podrá exceder el total de los Gastos Médicos incurridos.

Si el Contratante omitiere el aviso de que se trata esta cláusula o si contratara los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.

4.14 Límites, comprobación y declaración incorrecta de la edad

4.14.1 Límites de admisión

Para efectos de esta Póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la Fecha de Alta del Certificado Individual o Consentimiento- Certificado Individual y las subsecuentes renovaciones.

La edad de Elegibilidad de la Póliza se sujetará a los siguientes límites: edad mínima de aceptación, la edad máxima de aceptación, la edad máxima de renovación, y la edad de cancelación son las que se indican en la siguiente tabla.

Coberturas	Aceptación	Renovación	Cancelación
Muerte Accidental	De 12 a 70	99	100
Gastos Funerarios por Muerte Accidental	De 1 a 11	11	12
Pérdidas Orgánicas	De 1 a 70	79	80
Indemnización Diaria por Accidente	De 1 a 70	79	80
Pago Único por Invalidez Total y Permanente	De 1 a 70	79	80
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	De 1 a 70	79	80

En caso de que el Contratante haya cambiado de compañía de seguros y alguno(s) de los integrantes de la colectividad haya(n) estado asegurado(s) en la Póliza de la vigencia inmediata anterior, y supere(n) la edad máxima de aceptación fijada por la Aseguradora al momento de la contratación, podrá(n) ingresar a la Colectividad Asegurable siempre que cumpla(n) con la(s) regla(s) de elegibilidad definida(s), y siempre que la Suma Asegurada correspondiente no represente más del 5% de la Suma Asegurada del Total de la Colectividad Asegurada. Este cálculo se realizará cada inicio de vigencia de la Póliza.

4.14.2 Comprobación

La Aseguradora se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la edad declarada por los Asegurados. Una vez efectuada la comprobación, la Aseguradora realizará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Cuando la comprobación de la edad indique que la edad real del(los) Asegurado(s) se encuentra fuera de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora, el Contrato o Certificado correspondiente quedará rescindido automáticamente y la obligación de la compañía será devolver la Prima Neta no devengada pagada correspondiente. La prima neta no devengada será devuelta dentro del término de 30 días hábiles posteriores a la rescisión del contrato, ya sea mediante cheque o transferencia.

Si la edad de los Asegurados está comprendida dentro de los límites de admisión establecidos anteriormente y a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se estuviera pagando una prima menor o mayor de la que correspondería por la edad real, la Aseguradora cobrará o devolverá la diferencia entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato. Las Primas posteriores se ajustarán de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

4.15 Certificados – Consentimientos Individuales

La Aseguradora entregará al Contratante, los Consentimientos - Certificados Individuales de cada uno de los integrantes de la colectividad Asegurada los cuales contendrán la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono, domicilio de la Aseguradora,
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora,
- c) Operación de seguro, número de Póliza y del Certificado Individual o Consentimiento - Certificado Individual,
- d) Nombre del Contratante,
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado,
- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado,
- g) Suma asegurada o regla para determinarla en cada beneficio,
- h) Nombre de los beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable de la designación y
- i) Transcripción de las cláusulas principales de esta Póliza.

Excepcionalmente cuando se dificulte la expedición del certificado individual para los seguros de corto plazo, se tomará como certificado individual el número de boleto o el documento que expida el contratante.

4.16 Contribuciones de los asegurados

En su carácter de asegurados, estos podrán contribuir al pago de la Prima por conducto del Contratante, quien realizara el entero de la misma a la compañía. En caso de que existan reembolsos de Prima a favor del Contratante, el Asegurado tiene derecho a la proporción con la que éste contribuyó para el pago de la misma; el reembolso se realizará de conformidad con lo establecido en la cláusula de "Obligaciones adicionales del contratante".

4.17 Primas y obligaciones de pago

Los siguientes procedimientos se cubrirán de acuerdo con lo indicado a continuación:

4.18 Obligaciones de pago

Las Primas convenidas deberán ser pagadas por el Contratante.

4.19 Prima

La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y la forma de pago es en una sola exhibición correspondiente al plazo del seguro contratado.

Salvo convenio en contrario, la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, y en este caso se aplicará la tasa de financiamiento que fije la Aseguradora al momento de la celebración del contrato.

4.20 Recibo de pago

Para que se efectúe el pago de la Prima, la Aseguradora emitirá un Recibo para los casos en que ésta deba pagarse en una sola exhibición.

En caso de optar por cubrir la Prima pactada en parcialidades, la Aseguradora emitirá el número de recibos correspondientes.

Cada Recibo deberá ser pagado a la fecha de inicio de vigencia indicada en el mismo.

4.21 Periodo de gracia

El Contratante cuenta con un periodo de gracia que podrá convenirse entre el Contratante y la Aseguradora para liquidar la Prima o la fracción correspondiente que se indica en el Recibo. Si no hubiese sido pagado dicho Recibo 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 periodo de gracia, se aplicará un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia del recibo.

4.22 Asegurados y movimientos

4.22.1 Registro de asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Aseguradora formará un Registro de Asegurados de este seguro, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.
- b) Suma Asegurada o regla para determinarla.
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo.
- d) Operación y plan de seguros de que se trate.
- e) Número de Certificado Individual.
- f) Coberturas contratadas.

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

4.22.2 Alta de asegurados en la colectividad asegurada

Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato, y que hayan dado su consentimiento para ser aseguradas dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate y cumplan con los requisitos establecidos por la compañía.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su autorización después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos adicionales para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos adicionales para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

4.22.3 Baja de asegurados en la colectividad asegurada

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima Neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado en la proporción correspondiente a través del Contratante quien realizó el entero de la misma.

Para efectos de este inciso, se entenderá por prima neta, la prima de tarifa previa disminución del costo de adquisición.

4.22.4 Reporte de movimientos

El Contratante reportará por escrito los movimientos de Altas o Bajas de Asegurados dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran.

En caso de que la Aseguradora realice indebidamente indemnizaciones, a causa de omisión o negligencia en el Reporte de Movimientos por parte del Contratante, éste último se obliga a reintegrar dicho pago a la Aseguradora.

4.22.5 Ajuste de movimientos de asegurados o cambios de cobertura

En caso de Alta o de Baja de Asegurados; de aumento o disminución de beneficios; la Aseguradora cobrará o devolverá al Contratante, según sea el caso, una Prima Neta calculada en días exactos desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo de seguro a quienes la hayan aportado en la proporción correspondiente.

En caso de prima a devolver, ésta será realizada dentro del término de 30 días hábiles posteriores al vencimiento del periodo correspondiente.

4.23 Obligaciones adicionales del contratante

También serán obligaciones del Contratante:

- a) Solicitar el seguro para todas las personas que cumplan con la Elegibilidad definida en la Póliza al momento de su expedición.

- b) Comunicar a la Aseguradora en un plazo máximo de 30 días naturales a partir de que tenga conocimiento, las separaciones definitivas y los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
- c) Informar a la Aseguradora cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.
- d) Recabar todos los consentimientos individuales totalmente requisitados y devolverlos a la Aseguradora, al inicio de vigencia de la Póliza, cuando se trate de nuevos ingresos, y cuando existan cambios en las reglas para determinar la Suma Asegurada.
- e) Recibir los Certificados Individuales o Consentimientos-certificados Individuales y entregarlos a los asegurados, así como hacer de su conocimiento las condiciones generales, condiciones especiales y endosos de la Póliza.
- f) Entregar a la Aseguradora, la información necesaria para la elaboración del Registro de Asegurados, de conformidad con lo establecido en el inciso d) Reporte de movimientos de la cláusula de "Asegurados y Movimientos".
- g) En caso de que el Asegurado contribuya al pago de la Prima, el Contratante tiene la obligación de:
 - a. Recabar las contribuciones de todos los asegurados y pagarlas a la Aseguradora.
 - b. Recibir por parte de la Aseguradora y entregar a los asegurados los reembolsos de Prima a los que tuviere derecho.

4.24 Omisiones o declaraciones inexactas y rescisión del contrato

El Contratante y/o Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con la solicitud o cuestionarios, todos los hechos y datos requeridos para la apreciación del riesgo ocupacional o el giro especial agravado del contratante, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

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

La Aseguradora comunicará en forma auténtica al contratante y/o al asegurado y/o beneficiarios, la rescisión del contrato y/o certificados correspondientes, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la Aseguradora conozca la omisión o inexacta declaración.

4.25 Terminación anticipada del contrato

El Contratante podrá terminar de forma anticipada este contrato, previo aviso por escrito a la Aseguradora, en donde se indique la fecha de terminación del Contrato, la cual no podrá ser menor a la fecha de aviso.

La Aseguradora reembolsará al Contratante la parte no devengada del resultado de restar a la prima pagada el costo de adquisición y el monto de siniestros ocurridos procedentes conocidos hasta la fecha de terminación del contrato, en caso del que el cálculo antes citado sea negativo se entenderá que el importe a devolver es igual a cero. Para la determinación de la prima neta

pagada antes citada no se considerarán los derechos de Póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos en el caso de existir.

Si posterior a la fecha de terminación del Contrato, se reporta un siniestro procedente ocurrido dentro del periodo de vigencia de la Póliza terminada, se tendrá que realizar nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior y el Contratante deberá devolver la diferencia entre cálculo inmediato anterior y el nuevo cálculo para proceder al pago del siniestro reportado.

Para efectos de esta cláusula la parte no devengada será; la diferencia entre la fecha de terminación del contrato y la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado, dividido entre el número de días transcurridos a partir de la fecha de inicio de vigencia del primer recibo pagado hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

El reembolso al Contratante se pagará a más tardar en 30 días hábiles contados a partir de la fecha de terminación del Contrato.

4.26 Cambio de contratante

Para el caso de los Seguros cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, y cuando exista cambio de Contratante, la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En caso de rescindir el contrato, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima Neta no devengada de los recibos pagados, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del “Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades” y de conformidad con lo establecido en la cláusula de “Obligaciones adicionales del contratante” de estas condiciones generales.

4.27 Rehabilitación

No obstante, lo establecido en la cláusula de “Primas y obligaciones de pago”, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de su Póliza después del Periodo de Gracia convenido, referido en dicha cláusula.

La rehabilitación del seguro contratado a la Aseguradora, podrá efectuarse presentando la información actualizada en la contratación de la Póliza, sin que esto implique la aceptación de la rehabilitación. Una vez que la Aseguradora acepte el riesgo rehabilitará la Póliza y/o Endoso(s), y fijará la Prima que corresponda o la parcialidad de ella si se pactó su pago fraccionado.

4.28 Renovación

El Contratante para renovar la Póliza tendrá que solicitarlo por escrito a la Aseguradora con al menos diez días naturales de anticipación al fin de vigencia del contrato, mediante el uso del formato correspondiente, que le sean proporcionados por la Aseguradora, quien podrá aceptar o no la renovación de la misma.

Cada renovación será por un periodo de vigencia hasta por un año, sin requisitos de asegurabilidad para los integrantes de la Colectividad que estuvieron asegurados en la vigencia inmediata anterior, la renovación se realizará en las mismas condiciones en que fueron contratadas. A partir de cualquier renovación, no quedaran cubiertos los integrantes cuyas edades estén fuera de los límites de admisión establecidas en estas Condiciones Generales.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa vigentes obtenidas como resultado de calcular y actualizar los procedimientos técnicos y parámetros de la prima conforme a la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Así mismo se actualizará el deducible contratado conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica correspondiente.

4.29 Beneficiarios

Los asegurados mayores a 12 años tienen derecho a nombrar o cambiar los Beneficiarios, respecto a la cobertura de Muerte Accidental, notificando por escrito a la Aseguradora la designación. En caso de que el asegurado fuera menor de edad será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal, de conformidad con el artículo 169 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente y la Aseguradora pague al último Beneficiario que tenga conocimiento, la Aseguradora quedará liberada de las obligaciones contraídas en el Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual.

Los asegurados podrán renunciar al derecho de revocar la designación de los Beneficiarios, haciendo una designación irrevocable, siempre que no exista restricción legal en contrario y que lo notifiquen por escrito a los Beneficiarios y a la Aseguradora y que conste en los Certificados Individuales o Consentimiento-Certificado Individual, para lo cual habrá de remitirse éstos a fin de su anotación como parte integrante de la Póliza.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de Beneficiarios, ni figurar con este carácter; salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales a cargo del mismo.

Si hubiere varios Beneficiarios y falleciere alguno, la porción correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya Beneficiarios designados, o en el caso de que el beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente, o cuando el beneficiario designado muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado; salvo estipulación en contrario.

Si el Asegurado es menor de 12 años, la indemnización correspondiente a las coberturas de Gastos Funerarios por Muerte Accidental y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente se le pagará al padre o tutor.

Si el Asegurado tiene entre 12 y 17 años, la indemnización correspondiente a la cobertura de Muerte Accidental se pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento-Certificado

Individual, y la indemnización correspondiente a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente se le pagará al padre o tutor.

Si el Asegurado tiene 18 años o más, la indemnización correspondiente a la cobertura de Muerte Accidental se pagará a los Beneficiarios designados en el Consentimiento-Certificado Individual, y la indemnización correspondiente a las coberturas de Pérdidas Orgánicas, Reembolso de Gastos Médicos e Indemnización Diaria por Accidente se le pagará al propio asegurado.

4.30 Aviso

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la Aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, gozarán de un plazo máximo de cinco días para dar aviso por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto como desaparezca el impedimento.

Cuando el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, no cumplan con la obligación que les impone esta cláusula, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la indemnización que habría correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente.

4.31 Pruebas y comprobación del siniestro

a) Pruebas

Cuando se derive alguna obligación para la Aseguradora, el reclamante, además de entregar las formas de declaración que le sean proporcionadas, deberá presentar a la Aseguradora, las pruebas necesarias para comprobar que el siniestro ocurrió estando la Póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo con las condiciones estipuladas en el Contrato de Seguro.

Para hacer efectivo el pago de la indemnización que corresponda, el Beneficiario deberá presentar a la Aseguradora los siguientes documentos para la atención del siniestro:

- a) Formato de aviso de accidente.
- b) Informe médico.
- c) Carta Remesa para el pago de reclamaciones.
- d) Original para cotejo y copia de la identificación oficial vigente (Pasaporte, IFE o INE, en caso de que el Asegurado sea mayor de edad)
- e) Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

Para las coberturas de Muerte Accidental y Gastos Funerarios por muerte Accidental se deberá presentar adicionalmente:

1. Del fallecido:

- a) Copia certificada del acta de defunción o certificado de defunción.
- b) Copia certificada del acta de nacimiento.
- c) Copia certificada de las actuaciones completas del Ministerio Público.

2. De los beneficiarios:

- a) Copia certificada del acta de matrimonio en caso de que el cónyuge sea el beneficiario.
- b) Copia certificada del acta de nacimiento de cada beneficiario.
- c) Original para cotejo y copia de la identificación oficial vigente (Pasaporte, IFE o INE, en caso de que el Asegurado sea mayor de edad).
- d) Copia de Clave Única de Registro (CURP) de cada beneficiario.
- e) Copia certificada del acta de defunción o certificado de defunción de los beneficiarios que en su caso hayan fallecido.
- f) Consentimiento o Consentimiento-Certificado individual con designación de beneficiarios o solicitud con designación de beneficiarios, en su caso.

De no existir designación de beneficiarios será necesaria una copia certificada del testamento o del resultado del juicio sucesorio, donde se le señale al reclamante como beneficiario del seguro.

Para reclamaciones referentes a la cobertura Pérdidas Orgánicas se deberá presentar adicionalmente:

- a) Incapacidades expedidas por el IMSS o ISSSTE en donde se acredite la pérdida orgánica, o en su defecto en caso de no contar con ellos, el resumen clínico completo y estudios por parte del médico tratante.
- b) Análisis clínicos, estudios, imagen, radiografías, resonancia magnética, "RX, RM" (interpretación de radiografías o de resonancia magnética).

Para reclamaciones referentes a la cobertura Reembolso de Gastos Médicos por Accidente se deberá presentar adicionalmente:

- a) Factura(s) original(es) por los gastos médicos realizados, con los requisitos fiscales vigentes.
- b) Recibos originales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras, con los requisitos fiscales vigentes, especificando: nombre del asegurado y el tipo de atención proporcionada (anestesia, consulta médica, honorarios quirúrgicos, etc.)
- c) En caso de facturas de farmacia, laboratorios o rayos X, deben venir acompañadas de las recetas médicas, resultados e interpretación respectivamente. Así como las pruebas de los gastos incurridos, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas.

b) Comprobación

De conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Aseguradora tendrá el derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Sinistro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación solicitada.

En caso de que la Aseguradora realice indebidamente indemnizaciones, a causa de omisión o negligencia en el Reporte de Movimientos por parte del Contratante, éste último se obliga a reintegrar dicho pago a la Aseguradora

c) Sinistros en periodo de gracia

Si dentro del periodo de gracia ocurriera un siniestro procedente de acuerdo con las condiciones de la Póliza, la Aseguradora pagará el monto correspondiente deduciendo la parte faltante de la Prima vencida o la parte faltante de la misma que no hubiese sido pagada.

4.32 Plazo para el pago de indemnizaciones

la Aseguradora pagará al Beneficiario, la indemnización que resulte del Contrato de Seguro, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que fundamenten la reclamación.

Será nula la cláusula en donde se pacte que el pago de la indemnización se exigirá después de haber sido reconocida por la Aseguradora o comprobado en juicio, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.33 Compensación de primas

La Aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas vencidas o la parte faltante que no hubiese sido pagada de la Póliza que se le adeude, con la indemnización debida al Beneficiario de acuerdo con el Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.34 Competencia

En caso de controversia, el contratante, el asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora, ubicada en 29 sur #127, Col. La Paz. CP 72160. Puebla, Puebla o dirigir un correo electrónico a une@plenit.mx donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Así mismo podrán acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, P.B., Col. Del Valle, México D.F., C.P. 03100, con teléfonos: (55) 5340-0999, y lada sin costo 01 (800) 999-8080, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, página web: www.condusef.gob.mx o a cualquiera de sus delegaciones dentro de la República Mexicana; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

4.35 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Aseguradora haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros así mismo se suspenderá en los casos previstos en esta ley.

En términos del Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el Artículo 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

4.36 Interés moratorio

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado o beneficiario según corresponda, una indemnización por mora de acuerdo con lo señalado en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho pago será exigible a partir de que se determine la procedencia.

A continuación, se transcribe el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

“ARTÍCULO 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y

su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

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

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

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

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

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

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro,

además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

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

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

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

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

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

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

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

4.37 Relación de Asegurados con Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios

La atención que proporcionen los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios conformará una relación contractual con el Asegurado ajena a la Aseguradora.

Por consiguiente, la responsabilidad de la atención proporcionada será del prestador del servicio frente al Asegurado, y la Aseguradora tendrá responsabilidad legal alguna derivada de esta relación.

4.38 Ajuste final de primas.



Condiciones Generales Accidentes Personales Colectivo

La suma de la Prima de todos los asegurados dados de alta menos la suma de la Prima de los asegurados que causaron baja, será el monto a cobrar o devolver al Contratante.

El cálculo de la prima de las altas y bajas se realizará de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de "Asegurados y movimientos".

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de octubre del 2025, con el número CNSF-S0132-0363-2025/CONDUSEF _____.