



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

CONDICIONES GENERALES

**GASTOS MÉDICOS MAYORES
INDIVIDUAL Y FAMILIAR**

AURA



ÍNDICE

AVISO DE PRIVACIDAD	3
SECCIÓN I. DEFINICIONES	4
SECCIÓN II. COBERTURAS	13
SECCIÓN III. COBERTURAS ADICIONALES	33
SECCIÓN IV. EXCLUSIONES GENERALES	48
SECCIÓN V. CLÁUSULAS GENERALES.....	52
SECCIÓN VI. ARTICULOS IMPORTANTES PARA EL CONTRATANTE Y ASEGURADO(S)	73



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 www.plenit.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

SECCIÓN I. DEFINICIONES

PLENIT: Se refiere a PLENIT Compañía de Seguros, S.A. de C.V., institución de seguros con la que se celebra la presente póliza y la cual podrá ser nombrada en este documento, de manera indistinta, como PLENIT o la aseguradora.

ACCIDENTE: Acontecimiento súbito, fortuito, involuntario y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieren atención médica en el Asegurado dentro de los 10 (diez) días y máximo 30 (treinta) días subsecuentes al evento.

Se considera como parte de un mismo Siniestro a todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y/o secuelas.

No serán consideradas como accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado, tampoco aquellas que se deriven por alguna consecuencia de algún estado de enfermedad.

AGENTES MORBOSOS: Son aquellos elementos que, por su presencia u omisión en el organismo, de alguna manera participan en la aparición y desarrollo de la enfermedad, ya sea causándola por sí mismos alteraciones anatómicas y funcionales en uno o más órganos, o bien facilitando la acción de otros para este efecto.

AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO: Es aquella circunstancia que el riesgo cubierto por la póliza de seguros incrementa, debido a circunstancias que no estaban previstas al momento de firmar el contrato, por no haber sido declaradas por el Contratante o Asegurado titular, o porque durante la vigencia de la póliza el asegurado cambia de ocupación o inicia con la realización de actividades que incrementan la posibilidad de la ocurrencia de un siniestro.

ANTIGÜEDAD GENERADA EN LA COMPAÑÍA: Es el tiempo en que de manera ininterrumpida se ha mantenido vigente la protección de una o varias coberturas en condiciones similares dentro de un producto individual de PLENIT y que por ello otorgan ciertos derechos al Asegurado con relación a los riesgos que amparan dichas coberturas. Si el Asegurado decide cambiar de producto en PLENIT, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

ASEGURADO: Es aquella persona que obtiene el beneficio del seguro contratado, pudiendo ser asegurado titular o dependiente económico.

ASEGURADO(DA) DEPENDIENTE: Se refiere a la persona que tiene relación o vínculo directo con el Asegurado Titular y que depende económicamente de este, que puede corresponder a Cónyuge, Concubina o Concubino, hijos solteros de hasta 24 años de edad, que cumplan con los requisitos de elegibilidad de la presente póliza, que hayan sido incluidos por escrito en la solicitud de la póliza por el asegurado titular y aceptados por la compañía.

ASEGURADO TITULAR: Es la persona física que firma la solicitud como titular y será el representante para efectos de este contrato, y en adición al Contratante, puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza. También tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para correcta apreciación del riesgo, objeto del presente contrato.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Es el documento que contiene los datos generales, características de las coberturas amparadas, derechos y obligaciones de las partes.

CIRUGÍA: Intervención o procedimiento quirúrgico realizado al asegurado con fines terapéuticos, la cual se realiza por un cirujano a través de una incisión, laparoscopia, endoscopia o por intervencionismo, con la finalidad de reparar o extirpar alguna parte del cuerpo o que se realiza para determinar si hay alguna enfermedad no aparente a la vista y a los estudios, la cual se realiza en un quirófano dentro de un centro hospitalario o sanatorio autorizado para la realización de estos procedimientos, ya sea bajo anestesia local, general o mediante la sedación.

CIRUGÍA PROGRAMADA: Es el beneficio otorgado por la compañía, mediante el cual el asegurado puede programar sus atenciones médicas y/o quirúrgicas, así como servicios auxiliares (laboratorios, medicamentos, estudios), mediante el beneficio de pago directo al proveedor por parte de la compañía. Al utilizar este servicio el asegurado tiene la confirmación de la cobertura del pago directo, previa a la realización de sus servicios. Esta cobertura se otorga para la realización del o los procedimientos preautorizados y es indispensable la confirmación de la cobertura por pago directo, donde se podrá ampliar o limitar la cobertura en caso de que el asegurado se realice un procedimiento distinto al preautorizado.

COASEGURO: Es un gasto a cargo del Asegurado y se determina como porcentaje del total de los gastos cubiertos después de descontado el deducible, este porcentaje se encuentra establecido en la carátula de la póliza.

COBERTURA: Relación de los riesgos amparados en la que se expresa los límites máximos de responsabilidad de PLENIT y del Contratante y/o Asegurado.

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud el cual se encarga de coordinar las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Salud, en materia de protección contra riesgos sanitarios y de operación de los establecimientos de la salud.

CONDICIONES GENERALES: Conjunto de principios básicos que establece PLENIT de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de Seguro.

CONTRATANTE: Persona física o moral que celebra el contrato de seguro para sí o para terceros y es el responsable del pago de la prima.

CONTRATO DE SEGURO: Contrato por el que 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 de seguro. Este Contrato de Seguro está conformado por:

1. Solicitud del seguro llenada y firmada por el solicitante titular en representación del resto de los solicitantes.
2. Cuestionario médico.
3. Carátula de la Póliza.
4. Condiciones Generales.
5. Endosos.
6. Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
7. Folleto de derechos básicos del Asegurado.
8. Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza.

DEDUCIBLE: Es la cantidad fija a cargo del Asegurado, por cada accidente o enfermedad cubierta, que se especifica en la carátula de la Póliza.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS: Son el cónyuge, concubina o concubinario del titular, hijos (as).

DIAGNÓSTICO: Proceso que consiste en identificar una enfermedad, lesión o afección a partir de signos y síntomas que presenta una persona, así como la causa del mismo, apoyándose en estudios de laboratorio o gabinete. El cual deberá ser integrado y debidamente documentado en un informe, por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO: Es toda emergencia médica que ocurra fuera del territorio nacional, siempre y cuando la estancia sea con fines distintos a la atención de la salud.

EMERGENCIA MÉDICA: Es la aparición súbita de una alteración del estado de salud del asegurado que se manifiesta con síntomas agudos que de acuerdo con su severidad ponen en peligro la vida del asegurado o la viabilidad de alguno de sus órganos. La emergencia desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del asegurado.

ENDOSO: Es el documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del contrato y que forman parte de éste.

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

ENFERMEDADES CONGÉNITAS: Son aquellas que se manifiesta desde antes del nacimiento, ya sea producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, o como consecuencia de un defecto hereditario. La alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, puede hacerse evidente al momento o después del nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas, serán consideradas como un solo evento.

ENFERMERA: Persona titulada y autorizada para ejercer su profesión, pudiendo ser Enfermera general o especializada.

ESTABILIZACIÓN MÉDICA: Salir de la situación crítica, riesgo de muerte, del estado agudo del padecimiento manteniendo sus signos vitales dentro de los rangos normales.

EVENTO: Se considera como un solo evento a todo tipo de afectación inmediata a consecuencia de un padecimiento o accidente, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

EXTRAPRIMA: Cantidad adicional de Prima, que el Asegurado se obliga a pagar a la Aseguradora por cubrir una agravación esencial al riesgo de asegurabilidad

FDA (Food and Drug Administration): Es la Agencia de Alimentos y Medicamentos o Agencia de Drogas y Alimentos. Es la entidad reguladora de medicamentos en uso humano y veterinario, vacunas y otros productos biológicos, dispositivos médicos, y el abastecimiento de alimentos en Estados Unidos de América.

GASTOS MÉDICOS: Contraprestación derivada de una atención o servicio Médico y/u Hospitalario, en que incurre el Asegurado para la atención o Tratamiento Médico de un Padecimiento.

HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS: Es el pago que obtiene el médico profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo con las condiciones generales y especiales de este contrato.

HOSPITAL O SANATORIO: Institución de salud legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

HOSPITALES DE RED: Son los prestadores de servicios de salud indicados en la página web www.plenit.mx.

HOSPITALIZACIÓN: Es la estancia continua del Asegurado mayor de 24 horas en una Institución legalmente autorizada para la atención médica, siempre y cuando el Asegurado sea clasificado como paciente interno y su permanencia sea justificada para la atención de una enfermedad o accidente. Este periodo inicia con el ingreso y concluye con el alta del servicio que otorgue el Médico tratante, o con la carta responsiva que firme el Asegurado, los familiares o el Médico que, en tal caso, serán responsables del Asegurado.

LEGRADO GINECOLÓGICO: Extracción de tejido de la cavidad uterina como parte del tratamiento de Padecimientos ginecológicos y en ausencia de embarazo o sus complicaciones.

LEGRADO OBSTÉTRICO: Extracción de residuos de membranas fetales de la cavidad uterina como parte del tratamiento único o parcial del aborto de cualquier causa, y cualquier otra complicación del embarazo en cualquier etapa, incluyendo el puerperio.

MADRE ASEGURADA: Persona incluida en la Póliza, en quien se lleva a cabo el proceso de gestación y da a luz al producto.

MATERNIDAD SUBROGADA: Práctica médica de reproducción asistida consistente en la transferencia de embriones humanos, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, en una mujer distinta a la Madre Asegurada en esta Póliza y que concluye con la terminación del embarazo.

MEDICAMENTO: Sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o rehabilitador, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas, que esté registrado ante la Secretaría de Salud y autorizado por Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para su venta y uso en el país, y que su actividad farmacológica esté indicada para el padecimiento reclamado.

MEDICINA ALTERNATIVA: Son aquellos enfoques (sistemas, prácticas y productos) diferentes a la medicina convencional o científica para tratar la enfermedad y/o conservar la salud.

MÉDICO: Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no sea familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado, que puede ser Médico General, Especialista Certificado y/o Cirujano Certificado. En el caso de Médico especialista, deberá contar además con la certificación vigente por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

MÉDICO ACUPUNTURISTA: Es aquel profesional que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional como médico), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista.

MÉDICO HOMEÓPATA: Es aquel profesional médico que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional), así como los estudios complementarios



expedidos por alguna universidad que lo acrediten como homeópata.

MÉDICO DE RED: Médico que celebre o mantenga convenio con PLENIT para dar trato preferencial a sus asegurados. Esta información se encuentra en la página web www.plenit.mx

NIVEL HOSPITALARIO: Es el nivel de prestadores de servicios hospitalarios que el Asegurado titular podrá elegir al momento de contratar la presente póliza. Los hospitales vigentes de cada nivel hospitalario se encuentran disponibles en la página web www.plenit.mx. Esta clasificación puede variar con base al promedio de gasto hospitalario de atención, la calidad de los servicios, la infraestructura, el nivel de atención de acuerdo con los servicios ofrecidos por éste, la especialización y el nivel de procedimientos que pueden realizarse dentro de éste.

PADECIMIENTO: Para efectos de este contrato, se refiere a cualquier enfermedad o accidente.

PADECIMIENTO PREEXISTENTE: Se considerará preexistente, cualquier padecimiento o enfermedad especificado en los siguientes casos:

- 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 PLENIT 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
- 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.

PAGO DIRECTO: Es el pago que PLENIT realiza directamente al prestador de servicios en convenio, siempre y cuando se apegue a lo establecido en la cláusula relativa a Pago Directo, límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado .

PARTO NORMAL: (Eutócico, natural o vaginal). Es la etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto vía vaginal pasando por las diferentes etapas del mismo y en el tiempo estimado (según características y antecedentes de la madre) sin ninguna complicación tanto para el producto como para la madre.

PARTO PREMATURO. Ocurre cuando se obtiene un producto entre las semanas 20 y 37 de gestación como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.

PERIODO AL DESCUBIERTO: Es el periodo de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas, por lo que quedan suspendidos los beneficios de este contrato, es decir, no procederá el pago de reclamaciones. Dicho periodo empieza al terminar el Periodo de Gracia.

PERIODO DE ESPERA: Es el tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza a fin de considerar cubiertos los gastos por las enfermedades que se enuncian en la sección de Gastos médicos cubiertos con periodo de espera. Este periodo de espera opera para cada Asegurado.

PERIODO DE GRACIA: Periodo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de



vencimiento de la prima, o fracción correspondiente en caso de pago en parcialidades, con que cuenta el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. Este periodo comenzará a computarse siempre y cuando la prima, o fracción de prima, no haya sido pagada a la fecha de su vencimiento.

A las 12 (doce) horas del último día del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada. En el Periodo de Gracia no operará el Pago Directo si la prima no está pagada.

PLAN: Se conforma por los siguientes componentes de la Póliza:

Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro, Zona de Tarificación, Nivel Hospitalario, Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, Endosos y condiciones especiales de contratación, y aquellos que indican al Asegurado los beneficios a los que tiene derecho.

PRESTADORES EN CONVENIO: Hospitales, Clínicas o Sanatorios, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico independientes con los que PLENIT ha celebrado Convenios de Pago Directo, los cuales se ponen a disposición del asegurado, para que en caso de que así lo decida podrá recibir atención médica u hospitalaria con estos. Dicho conjunto podrá sufrir modificaciones por parte de PLENIT en cualquier momento y sin previo aviso.

Estos no son empleados de la compañía, ni dependen directamente de esta, son profesionistas e instituciones que ejercen sus labores de manera independiente y son totalmente responsables de su práctica profesional y de los servicios que ofrecen a los asegurados.

Los Prestadores en Convenio se pueden consultar en la página de internet en el siguiente enlace: www.plenit.mx, o en el centro de atención PLENIT en el teléfono 22 26 90 71 10.

PLENIT podrá actualizar o modificar esta red en cualquier momento y sin previo aviso, por eso es importante que el asegurado, previa a su atención, consulte por los medios anteriormente indicados la red vigente.

Al ser el Asegurado quien elige al Médico, Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia con quien desea atenderse o adquirir Medicamentos o insumos médicos, PLENIT no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.

PLENIT únicamente es responsable del pago a los Prestadores en Convenio o por el Rembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

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

POLITRAUMATISMO: Es aquel traumatismo a consecuencia de un accidente cubierto por póliza que ocasiona un conjunto de lesiones en múltiples segmentos del cuerpo, que suelen ser de gravedad e incluso poner en peligro la vida del asegurado. Todas las lesiones identificadas a consecuencia de un accidente serán tomadas como un mismo evento y serán cubiertas en el mismo siniestro.

PRÁCTICA O ACTIVIDAD PROFESIONAL DE DEPORTES: La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.



PRIMA: Aportación económica que debe pagar el Contratante a la Aseguradora en contraprestación por la Cobertura de seguro.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado, producto de una enfermedad o padecimiento o accidente cubierto, con fines terapéuticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia e instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

PRÓTESIS: Dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo tenga una mejor función. Solo se consideran aquellas que se requieran para el mantenimiento de la función del cuerpo humano, no quedarán amparadas aquellas con carácter estético o plástico. Las prótesis con carácter reconstructivo no estético estarán sujetas a previa valoración de PLENIT y/o a una segunda valoración por un médico de la red designado por la aseguradora.

QUIROPRÁCTICO: Es aquel profesional el cual cuenta con los documentos oficiales que lo acrediten como tal (Título y cédula profesional de médico), y es egresado de alguna escuela de quiropráctica autorizada y reconocida por las autoridades para el ejercicio de su profesión, quien se basa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mecánicos del sistema neuro-esquelético aplicando los principios de manipulación y ajuste de la columna vertebral.

RECIÉN NACIDO: Se considera como recién nacido a la persona que tenga menos de 60 días de haber nacido.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD: Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado ha estado amparado en forma continua e ininterrumpida por una póliza de gastos médicos mayores en PLENIT o en otra Compañía de Seguros legalmente establecida en la República Mexicana.

Para reconocer un periodo de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante deberá solicitar y comprobar a PLENIT, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al inicio de vigencia de la póliza contratada, que durante ese periodo la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado el Asegurado fue(ron) pagada(s).

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

La antigüedad reconocida para cada asegurado se indicará en la póliza.

Si el Asegurado decide cambiar de producto en PLENIT, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

REEMBOLSO: Restitución por parte de PLENIT de los gastos procedentes y erogados previamente por el Asegurado como consecuencia de un Accidente o Enfermedad amparados, de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de Seguro. La cantidad a reembolsar, será el resultante sobre la totalidad de los gastos procedentes, a los cuales se aplicará el monto del deducible y coaseguros contratados. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes bajo los términos establecidos en la cláusula Reembolso de la sección relativa a los límites de la cobertura y a los gastos a cargo del asegurado.

REHABILITACIÓN FÍSICA: Tratamientos médicos de rehabilitación física realizados en centros



especializados que resulten indispensables para reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad física en algún grado.

RENOVACIÓN: Emisión consecutiva del contrato por un periodo igual.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: Es el beneficio que otorga PLENIT a petición del Asegurado, cuando éste presente un padecimiento cubierto por la presente póliza.

En caso de que el Asegurado solicite la segunda opción médica, PLENIT designará un Médico que analice la información de su historia clínica y en su caso, este Médico podrá indicar alguna prueba o exploración al Asegurado con la finalidad de emitir su opinión.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Conjunto de signos y síntomas derivados de un debilitamiento importante del sistema inmune provocado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

SIGNOS: Son las manifestaciones objetivas de una enfermedad que son demostradas mediante un diagnóstico por un médico legalmente autorizado mediante pruebas de gabinete, laboratorio u otro medio reconocido de diagnóstico.

SINIESTRO: La ocurrencia de cualquier Padecimiento o Accidentes cuyos Gastos Médicos puedan ser motivo de indemnización de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

SÍNTOMAS: Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de la compañía, para cada asegurado a consecuencia un padecimiento cubierto, este límite se encuentra estipulado en la carátula de la póliza.

TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS: PLENIT Listado de los montos de honorarios médicos por tipo de procedimiento, que PLENIT cubrirá por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. Este monto presentado por procedimiento incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos que intervienen en el Evento Médico. El Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establece el monto máximo a pagar por PLENIT para cada uno de estos conceptos. El listado correspondiente puede consultarse en el documento "Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos", que se encuentra publicado en la página web www.plenit.mx.

TOPE DE COASEGURO: Es la cantidad máxima que pagará el asegurado por concepto de coaseguro por cada padecimiento cubierto, este monto se encuentra estipulado en la carátula de la póliza.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se inserta en el cuerpo de un Asegurado cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), provenientes de un donante fallecido o vivo.

TRATAMIENTO MÉDICO:

- Tratamiento Médico NO quirúrgico: Es el conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, dietéticos o bien físicos, los cuales tienen como finalidad la curación o el alivio de Enfermedades o algunos síntomas de estas una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas. Excepto los Tratamientos Médicos quirúrgicos.
- Tratamiento Médico quirúrgico: Es el medio de tipo quirúrgico que tiene como finalidad la

curación o el alivio de Enfermedades o algunos síntomas de estas una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas.

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO: Son todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad en el organismo.

VIGENCIA: Periodo estipulado en la carátula de la Póliza, durante el cual surte plenamente sus efectos el Contrato de Seguro, el cual no podrá ser mayor a un año.

VIH: Se considera que una persona está infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) cuando en una prueba serológica (ELISA) el resultado es positivo y esto es confirmado mediante una prueba suplementaria de "Western Blot".

VITAL: Se refiere a lo que es necesario, indispensable, insustituible e irremplazable para que una persona siga viva.

ZONA DE TARIFICACIÓN: Es el conjunto de estados de la República Mexicana utilizado por PLENIT para el cálculo de la prima. La zona más alta o cara es la zona 1 y la más baja la zona

SECCIÓN II. COBERTURAS

Sección II.1 Cobertura Básica

Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un Padecimiento cubierto el Asegurado se somete a un tratamiento médico o quirúrgico, PLENIT pagará o reembolsará al Asegurado o beneficiario los gastos médicos que se encuentren cubiertos por este contrato de seguro hasta agotar la suma asegurada (estipulada en la carátula de la póliza, ajustándola previamente en su caso al deducible y coaseguro convenidos, así como las limitaciones consignadas en las presentes condiciones generales) o periodo de pago de cobertura contratado, lo que ocurra primero.

Los siguientes conceptos se consideran gastos médicos cubiertos por la póliza, si son medicamento prescritos y estrictamente necesarios para el tratamiento de los padecimientos que afecten al Asegurado.

GASTOS HOSPITALARIOS

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por conceptos de:

- Cuarto privado estándar para los asegurados de la póliza y el consumo de alimentos del paciente.
- Cama extra para el acompañante del asegurado durante la estancia de éste en un hospital, siempre que el asegurado afectado se encuentre en un cuarto privado estándar.
- Gastos generados por la estancia del paciente terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios para los asegurados de la póliza.
- Sala de operaciones, recuperación y curaciones para los asegurados de la póliza.
- Renta de equipo de hospital, suministros (costo de los medicamentos, material médico y quirúrgico y equipos anestésicos que el paciente requiera durante su hospitalización) y atención especializada que sea indispensable para el cuidado médico en el domicilio del Asegurado, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

HONORARIOS MÉDICOS

Esta cobertura ampara los siguientes gastos erogados en territorio nacional derivados de un padecimiento cubierto:

- Las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos, ayudantes, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes se cubrirán de acuerdo con los montos económicos establecidos en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y se pagarán de acuerdo con el lugar donde se haya recibido la atención y las políticas de aplicación, y hasta el límite establecido en la Póliza y el monto indicado para cada operación en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- Cuando se realice una o más cirugías en un mismo tiempo quirúrgico, se procederá según lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos vigente se valorarán por similitud.
- La atención de las enfermeras se cubrirá siempre y cuando los cuidados prescritos por el médico tratante para el restablecimiento de la salud del asegurado lo requieran, asistiendo al asegurado hasta las 24 horas al día en diversos turnos (máximo 3) y hasta por 30 días naturales.
- El servicio prestado de enfermera, además de lo anterior, deberá ser intradomiciliario y

previa autorización de PLENIT, será cubierto vía reembolso hasta el monto establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos vigentes de acuerdo con el estado y opción contratada.

- Las consultas derivadas de algún padecimiento cubierto por la póliza, tanto las consultas del médico tratante previas a la intervención quirúrgica como aquellas realizadas 90 días posteriores al alta hospitalaria, siempre que sean necesarias para el restablecimiento de la salud. El pago de los honorarios médicos por estas consultas estará sujeto al Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos vigentes de acuerdo con el estado y opción contratada.
- El monto de honorarios por consultas o visitas médicas hospitalarias se sujetará a lo indicado en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos. Cuando el Asegurado deba someterse a Tratamiento Médico que amerite cirugía se cubrirán las consultas pre y postoperatorias como máximo 2 de cada una de ellas.
- Cuando el Asegurado se encuentre Hospitalizado se cubrirán como máximo 2 visitas diarias Hospitalarias por especialista, siempre que sea necesaria su participación en el tratamiento Hospitalario.

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Se cubren los gastos erogados por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de padecimientos cubiertos por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

La cobertura de estudios de laboratorio se hará con base en las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica Mexicanas e Internacionales.

MEDICAMENTOS

Se cubren los gastos erogados por medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante y relacionados con el padecimiento cubierto, por lo cual, se debe presentar receta y factura correspondiente con el desglose de los medicamentos.

Solo en caso de que el medicamento prescrito no esté autorizado para su distribución en la República Mexicana, deberá contar con un permiso de importación emitido por la Comisión Nacional para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

El medicamento importado que no esté autorizado para su distribución en la República Mexicana deberá contar con la aprobación para ser distribuidos de la "Food and Drug Administration" (FDA) o "European Medicines Agency" (EMA). **En cuyo caso se aplicará un coaseguro del 20% o el contratado, el que resulte mayor. No aplicará tope de coaseguro ni beneficio de pago directo.**

MONITOREO NEUROFISIOLÓGICO

Se cubre el Monitoreo Neurofisiológico única y exclusivamente para los siguientes procedimientos:

- Cirugía de columna cervical.
- Cirugía de nervios craneales: facial, hipogloso, trigémino, glossofaríngeo y espinal.
- Cirugía de cáncer de tiroides con resección total.
- Cirugías de columna lumbar, con reintervención por procedimiento fallido del mismo segmento afectado.

PLENIT sólo pagará los gastos por el monitoreo neurofisiológico para los procedimientos expresamente señalados en esta cobertura, siempre y cuando los médicos y hospitales en que se lleve a cabo cuenten con la certificación de neurofisiología, por lo tanto, es obligación del Asegurado revisar que su médico tratante y hospital en que sea atendido cuenten con las certificaciones y permisos necesarios.

Los honorarios se pagarán de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos contratado.

TERAPIAS DE REHABILITACION

Se cubren terapias de rehabilitación, siempre que sean medicamente necesarias para restaurar la salud del Asegurado.

Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de Terapia y número de especialistas que lo proporcionen.

Para el pago de las terapias, el Asegurado deberá presentar a PLENIT la(s) factura(s) que corroboren dicho tratamiento, teniendo como límite el monto máximo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

Se cubren 30 (treinta) sesiones de terapia de rehabilitación. Este periodo se podrá extender por 30 (treinta) sesiones más, siempre y cuando se encuentre médicamente justificado, sea autorizado y programado por PLENIT.

En caso de solicitar el pago por terapias de rehabilitación, deberá presentar las bitácoras de servicio, las cuales deben contener el nombre del Asegurado, número de póliza, diagnóstico, nombre del proveedor que da el servicio, número total de sesiones y/o número de días, fecha, firma del proveedor, firma del Asegurado e identificación oficial.

AMBULANCIA

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por conceptos de:

- Ambulancia terrestre: siempre y cuando el asegurado se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar atención médica para el padecimiento reclamado y sea derivado de una emergencia médica, es decir, se cubrirá el costo del servicio terrestre de ambulancia hacia y/o desde el Hospital. **Este gasto siempre se cubrirá vía reembolso, aplicando el coaseguro contratado estipulado en la carátula de la póliza.**
- Ambulancia aérea: se cubrirá previa prescripción del Médico tratante sobre la necesidad del traslado en ambulancia aérea, serán cubiertos los gastos del servicio aéreo de ambulancia para transportar al Asegurado afectado del Hospital en que se encuentre al Hospital de destino, además, siempre y cuando ésta se requiera como consecuencia de una emergencia médica de un padecimiento cubierto, de acuerdo a las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la emergencia médica, y sea necesario médicamente el uso de ambulancia aérea por las condiciones del paciente. **A este gasto se le aplicará sobre el total de la factura de vuelo un coaseguro**

de 20% o el contratado, lo que resulte mayor, sin aplicar tope de coaseguro.

PLENIT cubrirá la indemnización en los términos anteriores, pero no se responsabiliza de la contratación del servicio, ni de sus características o condiciones.

OTROS GASTOS CUBIERTOS POR LA COBERTURA BÁSICA

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por conceptos de:

- Consumo de oxígeno y por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes siempre que estas sean prescritas por el médico tratante. Gastos por consumo de Oxígeno por Prescripción Médica.

Quedan cubiertos los gastos originados por el consumo de oxígeno medicinal siempre que esté indicado para el tratamiento del padecimiento, mantenimiento de la calidad de vida o recuperación del paciente, el cual debe ser prescrito por el Médico Tratante, así como justificado mediante la presentación de un resumen clínico con el diagnóstico, estado actual y manejo del paciente, junto con una receta médica cuya fecha de expedición no sea mayor a 3 (tres) meses de antigüedad.

Se cubrirá la renta de tanque de oxígeno, sus recargas e insumos necesarios para el suministro de esta terapéutica, en aquellos casos que se recomienda por parte del médico el uso de un concentrador de oxígeno fijo o portátil o algún otro equipo portátil que deba de adquirirse, el asegurado deberá cubrir el porcentaje de coaseguro contratado y señalado en la carátula de esta póliza, sobre el costo total de adquisición y se cubrirá una sola vez por asegurado.

El Asegurado se hará cargo del cuidado y mantenimiento del o los equipos, deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación del equipo. Si el equipo falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen y verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.

Si el equipo se encontrara dañado al momento de la recepción por parte del Asegurado, éste deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.

PLENIT pondrá a disposición del Asegurado el equipo médico durante el tiempo que lo requiera hasta el restablecimiento de la salud del Asegurado, debiendo devolverlo a PLENIT al finalizar el mismo.

Los insumos que se tengan que cambiar o suministrar periódicamente como filtros, vasos humidificadores, cánulas, mascarillas, etc. quedarán cubiertos por la compañía, siempre que se encuentre justificado el recambio de estos y de acuerdo con su vida útil o de uso recomendada por el proveedor y/o de acuerdo con la indicación médica. Se surtirán insumos requeridos y justificados por mes, no se surtirán insumos para periodos más largos.

En caso de solicitar el pago directo, sujetarse al proceso del mismo, el cual se indica en el capítulo correspondiente.

- Trasplante de órganos y tejidos hasta la suma asegurada contratada, aplicando deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratado para la cobertura básica, cubriendo únicamente los gastos del receptor del órgano en caso de que éste sea el asegurado, así como los del donador exclusivamente por el procedimiento quirúrgico para

la extracción del órgano, gastos relacionados con las pruebas de compatibilidad entre el donador y el Asegurado, gastos de recuperación intrahospitalaria, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación al asegurado. Esta cobertura está limitada a: corazón, hígado, médula ósea, páncreas, riñón y pulmón. En el caso del donador definitivo sólo se cubrirán los gastos de cirugía, estudios de compatibilidad, estudios de imagenología y Hospitalización, únicamente durante el evento médico de donación o extracción del órgano. **Quedan expresamente excluidos los gastos de los candidatos a donación.**

- Costo de prótesis que se requiera a causa de un Padecimiento ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.
- Renta de equipo, gastos por la renta de equipo Hospitalario y aparatos ortopédicos.
- Costo de los servicios de terapia física, quimioterapia y radioterapia.

BENEFICIO POR MATERNIDAD

PLENIT indemnizará el Beneficio por Maternidad a mujeres que se encuentren entre las edades de 15 (quince) y 50 (cincuenta) años, especificado en la carátula de la Póliza para esta cobertura, con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea sin aplicar Deducible ni Coaseguro, y con la condición de que el deducible contratado al momento del nacimiento y el vigente 10 (diez) meses antes del nacimiento, sean menores o iguales al Beneficio por Maternidad, siempre que la madre cumpla con 10 (diez) meses de antigüedad en la póliza.

El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera no aplica para el Beneficio por Maternidad.

PLENIT podrá adelantar el pago a la Asegurada del monto correspondiente a la Beneficio por Maternidad a partir de la semana 29 (veintinueve) de gestación, siempre y cuando:

- a) Entregue a PLENIT las imágenes e interpretación del ultrasonido debidamente identificados con los datos de la paciente, el cual debe ser realizado en el hospital o centros de diagnóstico legalmente establecidos y autorizados para ejercer esta función.
NO se aceptan ultrasonidos realizados por el médico tratante en su consultorio, o que no cuenten con identificación de la paciente en la imagen.
- b) La Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza o en un plan con esta cobertura contratada al momento de solicitar este beneficio.
- c) El beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera no aplica para la cobertura de Beneficio por Maternidad.

EXCLUSIONES DEL BENEFICIO DE MATERNIDAD.

Este beneficio no aplica para los siguientes eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:

- a) **Aborto voluntario, provocado o inducido.**
- b) **Cuando alguno de los padres se haya sometido a un tratamiento de**

infertilidad y/o esterilidad o un tratamiento para reproducción asistida.

- c) Maternidad subrogada, sea la madre biológica y/o mujer gestante.**
- d) No se cubren gastos del recién nacido sano.**

Adicionalmente a las Exclusiones Particulares de esta Cobertura, aplicarán las Exclusiones Generales de la Sección III.

Sección II.2 Procedimientos sujetos a condiciones específicas

Salvo por lo expresamente señalado para cada procedimiento que a continuación se menciona, serán aplicables, los demás términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

CIRCUNCISIÓN

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico, siempre y cuando no sea con fines profilácticos, hasta por **\$17,500.00 (diecisiete mil quinientos pesos 00/100 M.N.)**, no aplica Deducible ni Coaseguro, siempre que:

- Sea por prescripción médica.
- Sea para menores y que la madre cuente con al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la Aseguradora.
- Se solicite para adultos con 2 años de cobertura continua en la Aseguradora.

CIRUGÍAS POR ROBOT

Solo se cubren las cirugías para la realización de prostatectomía, histerectomía, nefrectomía y colectomía, siempre y cuando:

1. El médico especialista tratante cuente con certificación vigente, con base a lo establecido por la Asociación Mexicana de Cirugía Robótica y demás instancias aceptadas como autoridades en la materia, y
2. Sea un evento programado, previamente autorizado por PLENIT.

Estas cirugías tendrán un Coaseguro del 20% (veinte por ciento) o el contratado, el que sea mayor, y no aplica Tope de Coaseguro.

COMPLICACIONES POR TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

Se cubren los gastos médicos, después de transcurridos 12 (doce) meses a partir de la fecha de antigüedad reconocida del Asegurado por la Aseguradora, derivados por emergencias médicas derivadas de una complicación de los siguientes tratamientos no cubiertos hasta la estabilización o control de la emergencia médica o hasta la suma asegurada de **\$350,000.00 (trescientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.)** lo que ocurra primero de los siguientes:

- Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico;
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para la obesidad, anorexia y bulimia;
- Tratamiento para el control de la infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil;

- Tratamientos quirúrgicos para evitar o corregir la calvicie; y
- Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilares derivados de un padecimiento no cubierto
- Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se cubren los Gastos Médicos del donador de órganos, cuando el Asegurado sea receptor del órgano.

El trasplante de córnea quedará cubierto exclusivamente por Accidente y en caso de Enfermedad o Padecimiento Congénito y/o Genético, será cubierto siempre y cuando el Asegurado haya nacido dentro de la Vigencia de la Póliza.

TRATAMIENTO DE CÉLULAS MESENQUIMALES

El periodo de espera será de 12 (doce) meses de antigüedad reconocida.

Todos los gastos en que se incurra afectarán la Suma Asegurada del siniestro, sin embargo, para todos los gastos relacionados directamente con el tratamiento de células mesenquimales en su conjunto, **no se cubren los gastos administrativos ni de importación, almacenamiento, traslado, preservación y conservación de las células troncales hematopoyética para trasplantar.**

Se cubren los gastos por el **Tratamiento Médico de Plasma Rico en Plaquetas (PRP)** en padecimientos cubiertos, en los siguientes casos:

- Tendinopatías
- Lesiones musculares
- Lesiones ligamentarias
- Artrosis
- Lesiones de cartílago articular
- Meniscompatías
- Contracturas
- Desgarros Musculares

Sólo se cubrirá el tratamiento de Plasma Rico en Plaquetas (PRP) al Asegurado, si:

- Cuenta con un mínimo de plaquetas de 150,000/ml.
- No presenta algún tipo de infección o sintomatología (leucocitos menores a 110,000/ml).
- No está ingiriendo medicamentos que puedan alterar la función plaquetaria (antiinflamatorios no esteroideos, uso de corticoides).

Exclusiones particulares para el Tratamiento Médico de Plasma Rico en Plaquetas (PRP).

No será procedente la indemnización correspondiente por el tratamiento de PRP si el Asegurado ha sido diagnosticado previamente con una o más de las siguientes enfermedades:

- Cáncer en los últimos 2 años previos al procedimiento
- Síndrome de disfunción plaquetaria
- Trombocitopenia crítica

- **Septicemia**
- **Enfermedades autoinmunes descontroladas**
- **Enfermedades cardiovasculares descontroladas**
- **Infección o fiebre en los últimos 14 (catorce) días previos al procedimiento**
- **Infección en el sitio de procedimiento.**

Se cubren los gastos por el **Tratamiento Médico de Células Madre Hematopoyéticas** en padecimientos cubiertos, en los siguientes casos:

- Trasplante de médula ósea
- Osteoartritis de grandes articulaciones
- Diabetes con problemas circulatorios en extremidades
- Parálisis cerebral
- Trastornos en discos intervertebrales.

Los conceptos cubiertos son:

- Estimulación celular con límite de 6 (seis) aplicaciones, previa a la extracción mediante punción.
- Material clínico, quirúrgico y fármacos, utilizados para la extracción de la médula ósea.
- Honorarios del especialista anestesiólogo, de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos contratado en la Póliza.
- Honorarios del especialista hematólogo que haya realizado la extracción de la médula ósea al asegurado, de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos contratado en la Póliza.
- Insumos y procesamientos en laboratorios especializados y autorizados.
- Traslado del producto final al quirófano para la implantación de las células mesenquimales.

Límites aplicables a los Tratamientos Médicos de Células Madre: Se cubren como máximo 2 (dos) intentos.

Los Gastos Médicos erogados por los **Tratamientos Médicos de Células Mesenquimales**, se cubrirán de acuerdo con lo siguiente:

- Sólo se cubrirá en Instituciones autorizadas para el manejo de estos productos biológicos, y autorizado mediante licencia sanitaria avalada por la Comisión Nacional para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). No se aceptarán intermediarios de distribución.
- Solo se cubrirá cuando la obtención de tejido sea realizada por un hematólogo debidamente certificado en la materia.
- Se aplica el Deducible y Coaseguro de la Póliza, por lo cual no aplica la condición que pudiera tener contratada la Póliza referente a reducción de Deducible y/o Coaseguro, así como bonificaciones por Pago Directo.
- En lo referente a Honorarios Médicos o Quirúrgicos, aplica el tabulador contratado en la Póliza.
- Deberá presentar: informe Médico, historia clínica completa y protocolo de estudio y tratamiento en el que avale ser candidato a este procedimiento y segunda valoración médica.
- Se establece para los tratamientos un periodo de espera de 12 (doce) meses en la Aseguradora sin reconocimiento de antigüedad.

Exclusiones Generales para tratamientos de células mesenquimales:

No se cubre el costo por la intervención de intermediarios para la obtención del producto.

TRATAMIENTO POR DAÑO PSIQUIÁTRICO

Se cubren los Gastos Médicos del tratamiento psiquiátrico que requiera el Asegurado, si a juicio de su Médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un Médico psiquiatra, requiere de dicho tratamiento.

Siempre que los padecimientos se encuentren cubiertos bajo las condiciones de la Póliza y sean como consecuencia de:

- Accidente cuyas lesiones pongan en riesgo la vida del Asegurado.
- alguna de las siguientes enfermedades en fase terminal:
 - Cáncer
 - Accidente vascular cerebral
 - Infarto al miocardio
 - Insuficiencia renal
 - Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
 - SIDA
- Haber sufrido alguno de los siguientes eventos:
 - Politraumatizado
 - Amputaciones
 - Quemaduras de tercer grado
- Si dentro de la vigencia de la Póliza contratada con la Aseguradora ocurre uno de los siguientes eventos y esto se demuestra mediante la presentación del acta del Ministerio Público:
 - Robo con violencia
 - Secuestro
 - Violación

Los Gastos Médicos cubiertos para el tratamiento de daño psiquiátrico son:

- Máximo 24 consultas por evento, quedando únicamente cubiertos los honorarios del médico psiquiatra hasta un máximo de **\$2,000.00 (dos mil pesos 00/100 M.N.)** por consulta.
- Si el asegurado estuviese en tratamiento por un evento enlistado y sufriera algún otro evento de los aquí previstos, el tratamiento de 24 consultas iniciará nuevamente, y en ningún caso será acumulativo con el (los) anterior (es).
- Todos los medicamentos necesarios durante el tratamiento amparado.
- Esta Cobertura sólo se brindará en la República Mexicana.

Los diversos resultados del tratamiento cubierto no representan prueba de diagnóstico clínico de los padecimientos arriba señalados que pudieran ser cubiertos por la Póliza.

Exclusiones del Tratamiento por Daño Psiquiátrico. Se excluyen los gastos por Honorarios del Médico y los medicamentos que prescriba, cuando dicho Médico no cuente con acreditación de la especialidad en Psiquiatría, o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.

Sección II.3 Padecimientos sujetos a condiciones específicas

Salvo por lo expresamente señalado para cada padecimiento que a continuación se menciona, serán aplicables, los demás términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales.

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

Gastos Médicos necesarios para el tratamiento de Padecimientos Congénitos para:

- Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la Póliza, y que sean reportados a la Aseguradora a efecto de ingresarlo como Asegurado de Póliza, durante los 30 (treinta) días siguientes a su nacimiento. Lo anterior siempre y cuando la madre cuente con al menos de 10 (diez) meses de Cobertura continua en la aseguradora.
- Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, que hayan cumplido 5 (cinco) años de edad, y sólo si sus primeros síntomas o signos aparecen o son diagnosticados dentro de la vigencia de la Póliza y el Asegurado haya acumulado 24 (veinticuatro) meses de Cobertura continúa en la Aseguradora.
- Asegurados cubiertos continuamente por cualquier compañía de seguros desde su nacimiento, y cuya antigüedad sea reconocida por la Aseguradora.

Todas las manifestaciones y/o complicaciones de los Padecimientos congénitos presentados se considerarán como un solo siniestro.

No se cubre los siguientes gastos médicos por padecimientos congénitos:

- **Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
- **Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.**

RECIÉN NACIDOS

Se cubren desde el primer día de nacido, los gastos por los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido a causa de padecimientos congénitos, prematurez y/o complicaciones, así como accidentes o enfermedades ocurridas a partir del nacimiento, siempre y cuando al nacimiento del recién nacido la madre asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza y se haya notificado a PLENIT dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, mediante el pago de la prima del Alta de (los) nuevo(s) Asegurado(s).

Si no se cumple cualquiera de los requisitos anteriores, se requerirá la presentación de una solicitud de seguro individual para gastos médicos mayores para incluir al recién nacido en la póliza y la aceptación del recién nacido estará sujeta a la aprobación por parte de la compañía. .

No se ampara los gastos médicos del recién nacido en los siguientes casos:

- **Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.**

- **Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto o excluido de la madre asegurada.**

TRATAMIENTO DE HERNIAS

A partir del inicio del mes 25 (veinticinco) de cobertura continua, se cubrirán los tratamientos médicos o quirúrgicos de hernias, incluidas las hernias de disco, siempre que previo al inicio del mes 25 (veinticinco) de cobertura continua no se hubieran presentado alguno de los siguientes supuestos:

- Que no se haya realizado diagnóstico médico,
- Que la Enfermedad haya sido desapercibida por el Asegurado,
- Que no se hayan efectuado gastos por dichas Enfermedades,
- En adición a lo anterior, patologías discales, así como hernias de disco se cubrirán sujetas a Segunda Valoración Médica.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE HERNIAS.

Queda excluida, independientemente de la causa que lo origine, la diástasis de músculos rectos abdominales, incluyendo hernia ventral y/o el procedimiento de abdominoplastia, excepto cuando la hernia sea a consecuencia de un padecimiento cubierto por la Institución Aseguradora

OTROS GASTOS CUBIERTOS POR LA COBERTURA BÁSICA (GASTOS POR CUIDADOS EN CASA O FUERA DEL HOSPITAL)

Quedan cubiertos los gastos prescritos por el médico tratante derivados de los siguientes cuidados en casa o fuera del hospital:

MATERIALES QUIRÚRGICOS Y DE CURACIÓN

Quedan cubiertos los gastos originados por los materiales quirúrgicos y de curación fuera del hospital que sean utilizados por el médico tratante, que cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y tengan licencia de comercialización en la República Mexicana.

EQUIPO MÉDICO

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra del equipo médico necesario indicado por el médico tratante para la recuperación en casa del Asegurado o para continuar el tratamiento establecido por el médico tratante a nivel domiciliario. Lo anterior será cubierto, siempre y cuando se encuentre justificado por el Accidente o Enfermedad amparados y el servicio sea autorizado, programado y coordinado por PLENIT, considerando las políticas y normativas del proceso de programación y *check list* del mismo, tomando en cuenta que:

- a) El Asegurado se hará cargo del cuidado y mantenimiento del o los equipos, deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación del equipo. Si el equipo médico falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen y verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
- b) Si el equipo se encontrara dañado al momento de la recepción por parte del Asegurado, éste deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.

- c) La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el equipo médico durante el tiempo que lo requiera hasta el restablecimiento de la salud del Asegurado, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el mismo.

En caso de sillas de ruedas, camas eléctricas y grúas, el Asegurado tendrá un monto máximo de **\$50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.)** por equipo.

Para el equipo médico siempre aplica un Coaseguro de 20% (veinte por ciento). Para este beneficio no aplica el tope de coaseguro contratado.

PLENIT en todo momento tomará la determinación basados en el análisis del caso, el esquema mediante el cual brindará este servicio al asegurado, esto quiere decir que podrá ser rentado o adquirido por la compañía si esta así lo determina. En ambos casos aplica lo descrito en los incisos de este apartado. También podrá solicitar en cualquier momento una valoración por un médico en convenio para determinar la continuidad de cobertura de este servicio.

PROTESIS, ÓRTESIS Y AYUDAS FUNCIONALES

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o compra de prótesis, órtesis y ayudas funcionales que se requieran a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados, siempre y cuando tenga aprobación previa de la Compañía mediante el servicio de programación, esté indicado y justificado por el médico tratante mediante la presentación de un resumen clínico y/o receta, cuente con registro sanitario, permiso de comercialización en la República Mexicana y no sea definido como equipo de prueba o tratamiento en investigación conforme a la definición del contrato de seguro.

En caso de solicitar pago directo, deberá realizarse mediante el servicio de programación, el asegurado deberá apegarse a las políticas de dicho proceso y verificar el capítulo correspondiente al mismo, así como cumplir con el *check list* de dicho proceso, considerando de manera puntual las siguientes recomendaciones:

- a) Se consideran como Ayudas Funcionales los siguientes dispositivos: estimuladores cerebrales profundos, estimuladores espinales cervicales y/o lumbares, marcapasos uni o bicamerales, marcapasos desfibriladores, auxiliares ventriculares internos, implante coclear y bombas de infusión de insulina.
- b) El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y reparación del Dispositivo médicamente indicado, será responsable del correcto cumplimiento de las instrucciones de uso del equipo. En caso de ser un equipo que requiera baterías y/o requiera reemplazo de estas, quedará a cargo del asegurado sin opción a solicitar el reembolso por este concepto, respetando en todo momento los requerimientos y especificaciones del fabricante y/o proveedor del equipo, teniendo que adquirir estas donde este último lo recomiende. Si el dispositivo se encuentra dañado al momento de la recepción, deberá de notificarlo inmediatamente a la Compañía.
- c) Si el dispositivo otorgado falla antes de que finalice la vida útil estipulada en la garantía del proveedor y el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso, el proveedor estará obligado a reponer el equipo y la Compañía a cubrir los gastos generados por la recolocación. Si el Asegurado no cumplió con las instrucciones de uso, deberá de cubrir el costo total de la reposición, los gastos derivados de la recolocación los cubrirá la Compañía.
- d) La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el dispositivo durante el tiempo que lo requiera, debiendo devolverlo a la Compañía al finalizar el uso de este.

- e) En caso de que el costo de los dispositivos médicos supere \$1,500,000.00 (un millón quinientos mil pesos 00/100 M.N.) se aplicará un Coaseguro del 50% (cincuenta por ciento) del excedente del \$1,500,000.00 de la prótesis, sin aplicar tope de coaseguro.

No se cubren los gastos generados por los reemplazos, sustituciones, reposiciones, ajustes y/o revisiones de las prótesis y órtesis preexistentes.

Única y exclusivamente están amparados los gastos generados por reemplazo, sustitución, reposición, ajuste y/o revisión de las ayudas funcionales precisadas en esta cobertura, lo anterior siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- a) Que la primera colocación de la ayuda funcional haya sido cubierta por PLENIT.
- b) Cuando hayan transcurrido mínimo 5 (cinco) años de haberse colocado o expiré la vida útil de la ayuda funcional o su fuente de energía. Se entiende por vida útil la especificada por el fabricante.
- c) En caso de no cumplir con los 2 (dos) puntos anteriores, PLENIT sólo cubrirá los gastos de hospitalización y honorarios médicos.
- d) A causa de un accidente que sufra el asegurado en su persona, el dispositivo sufra algún daño o mal funcionamiento.

TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS MAXILOFACIALES

Quedan cubiertos los gastos originados por los tratamientos médicos o quirúrgicos maxilofaciales, así como los necesarios para reponer o restaurar las piezas dentales dañadas o perdidas, siempre y cuando sean consecuencia inmediata y directa de un accidente o enfermedad amparado, y cuando la atención ocurra durante los primeros diez días naturales posteriores al accidente.

La atención deberá ser autorizada previamente por la aseguradora mediante la presentación de los estudios correspondientes que comprueben en su totalidad el accidente, así como, deberán ser sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el accidente y proporcionada por un médico especialista.

MEDICINA HIPERBÁRICA

Medicina hiperbárica bajo supervisión médica únicamente para las siguientes enfermedades: actinomicosis, embolismo gaseoso, enfermedades por descompresión aguda, gangrena gaseosa, heridas en pacientes diabéticos, injertos de piel, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, isquemia traumática aguda, osteomielitis crónica refractaria, osteoradionecrosis, quemaduras, radionecrosis de tejidos blandos, síndrome compartamental, úlceras de Meleney y úlceras agudas por insuficiencia arterial o venosa.

MONITOREO NEUROFISIOLÓGICO

Se cubre el Monitoreo Neurofisiológico única y exclusivamente para los siguientes procedimientos:

1. Cirugía de columna cervical.
2. Cirugía de nervios craneales: facial, hipogloso, trigémino, glossofaríngeo y espinal.
3. Cirugía de cáncer de tiroides con resección total.
4. Cirugías de columna lumbar, con reintervención por procedimiento fallido del mismo segmento afectado.

PLENIT solo pagará los gastos por el monitoreo neurofisiológico para los procedimientos expresamente señalados en esta cobertura, siempre y cuando los médicos y hospitales en que se lleve a cabo cuenten con la certificación de neurofisiología, por lo tanto, es obligación del Asegurado revisar que su médico tratante y hospital en que sea atendido cuenten con las certificaciones y permisos necesarios.

El honorario se pagará de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos contratado.

La Suma Asegurada por el uso del monitoreo neurofisiológico es de **\$60,000.00 (sesenta mil pesos 00/100 M. N.)**. Cualquier monto que exceda a esta cantidad, será cubierto en su totalidad por el Asegurado.

PRÁCTICA AFICIONADA DE DEPORTES

Quedan cubiertos los gastos originados por los tratamientos médicos o quirúrgicos como consecuencia de accidentes o lesiones derivadas de la práctica no profesional, recreativa y ocasional de deportes y actividades peligrosas, no incluyendo la participación en competencias, y con un límite máximo equivalente al 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada básica, que incluyen, pero no se limitan a:

Deportes de carácter formativo que se practican a edades tempranas con el fin de desarrollar las capacidades motrices y funcionales, así como los deportes recreativos y de salud que buscan optimizar el bienestar y la calidad de vida, que a continuación se mencionan con carácter informativo más no limitativo, tales como:

1. Artes marciales: aikido, hapkido, jiu jitsu, judo, karate, kung fu, sumo, tae kwon do, budo, kali, kendo y kobudo.
2. Deportes de conjunto: baloncesto, fútbol soccer, fútbol americano, béisbol, hockey, voleibol y waterpolo.
3. Deportes individuales: golf, tenis, squash, esquí acuático, atletismo, ciclismo y gimnasia.
4. Se cubren los gastos médicos erogados a consecuencia de accidentes o lesiones derivadas de la práctica no profesional, recreativa y ocasional de actividades peligrosas que incluyen, pero no se limitan a:
 - a) Actividades que realice el Asegurado cuando se encuentre de vacaciones, tales como: rapel, tirolesa, espeleología, parapente, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, salto tándem, viaje en globo aerostático, paseo a caballo, ciclismo de montaña, buceo y rafting, siempre y cuando estas actividades sean realizadas bajo la supervisión de un instructor. Se deberá presentar el recibo que acredite la renta del aparato y/o las clases contratadas para dichos deportes.
 - b) Actividades ocasionales en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, cuando hayan sido rentados con fines recreativos o vacacionales. Se deberá presentar el recibo que acredite la renta del aparato.
 - c) Actividades ocasionales en motos acuáticas, jet ski, wave runner u otros vehículos acuáticos de motor similares. Se deberá presentar el recibo que acredite la renta del aparato.

Sección II.4 Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera

Adicional padecimientos y tratamientos especificados en la Sección II.3, se establecen los siguientes periodos de espera, para cubrir los gastos erogados por los siguientes padecimientos,

las primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamientos se presenten después del periodo de espera estipulado, quedando cubiertos bajo los límites y condiciones aplicables para las coberturas amparadas en estas Condiciones Generales.

Dichos periodos de espera no aplican para gastos erogados a consecuencia de un accidente o una emergencia médica, siempre y cuando cumplan con lo establecido en la sección de definiciones.

GASTOS CUBIERTOS CON 30 (TREINTA) DÍAS DE PERIODO DE ESPERA

Se cubrirán los gastos médicos erogados por las enfermedades cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico para diagnóstico o tratamientos se presenten 30 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado, siempre y cuando no sean preexistentes, ni estén excluidas por las presentes condiciones generales.

Este periodo de espera no se aplicará a los siguientes casos de accidentes o de urgencias médicas: Intoxicación, Apendicitis, Aneurisma Cerebral, Accidente Vascular Cerebral, Infección Severa repentina que arriesgue la vida, Infarto al Miocardio, Politraumatismos y Trombosis Pulmonar profunda.

GASTOS CUBIERTOS CON 10 (DIEZ) MESES DE PERIODO DE ESPERA

Se cubrirán los gastos médicos erogados por los siguientes padecimientos cuando la madre asegurada cumpla con diez meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea enfermedad preexistente y las primeras manifestaciones, así como el primer gasto médico para diagnóstico o tratamientos se eroguen después del periodo de espera de establecido:

- **Parto o cesárea.** PLENIT indemnizará el Beneficio por Maternidad especificado en la carátula de la Póliza para esta cobertura, con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea sin aplicar Deducible ni Coaseguro.
- **Las siguientes complicaciones del embarazo o puerperio:**
 - Atonía uterina
 - Eclampsia
 - Embarazo anembriónico
 - Embarazo extrauterino
 - Huevo muerto retenido.
 - Fiebre puerperal
 - Mola hidatiforme
 - Óbito
 - Placenta acreta
 - Placenta previa
 - Preeclampsia
 - Toxicosis gravídica

GASTOS CUBIERTOS CON 12 (DOCE) MESES DE PERIODO DE ESPERA

Se cubrirán los gastos médicos erogados por los siguientes padecimientos cuando el Asegurado cumpla con 12 (doce) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea enfermedad preexistente y las primeras manifestaciones, así como el primer gasto médico para diagnóstico o tratamientos se eroguen después del periodo de espera de establecido:

- **Cáncer**

- **Legrado ginecológico**

- **Cámara Hiperbárica**

Quedarán cubiertos los gastos médicos derivados del uso de la cámara hiperbárica hasta 20 (veinte) sesiones para la atención de las enfermedades enumeradas a continuación:

1. Intoxicación por monóxido de carbono.
2. Quemaduras, (quemaduras graves y grandes tratadas en un centro especializado en quemaduras).
3. Lesión por radiación.
4. Gangrena gaseosa.
5. Colgajo de injerto de piel con riesgo de muerte del tejido.
6. Absceso cerebral.
7. Infección de la piel y los huesos, (grave, excepto pie diabético)
8. Lesión por compresión
9. Anemia (Anemia grave cuando no se pueden realizar transfusiones de sangre)
10. Burbujas de aire y gas en los vasos sanguíneos.

Lo anterior, siempre y cuando sea medicamento necesario y prescrito por el médico tratante de la especialidad que corresponda y que el prestador de servicios médicos cuente con la certificación vigente por las autoridades sanitarias y administrativas mexicanas para realizar el tratamiento. En su caso, para la cobertura de sesiones adicionales, deberán ser previamente valoradas y autorizadas por la Institución Aseguradora, con un máximo de 20 (veinte) sesiones adicionales.

EXCLUSIÓN PARTICULAR PARA CÁMARA HIPERBÁRICA:

1. **No se cubrirán los tratamientos con cámara hiperbárica cuando sean de carácter estético o deportivos.**
2. **No se cubrirán los tratamientos con cámara hiperbárica para pie diabético.**

GASTOS CUBIERTOS CON 24 (VEINTICUATRO) MESES DE PERIODO DE ESPERA

Se cubrirán los gastos médicos erogados por los siguientes padecimientos o procedimientos cuando el Asegurado cumpla con 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, siempre y cuando no sea enfermedad preexistente y las primeras manifestaciones, así como el primer gasto médico para diagnóstico o tratamientos se eroguen después del periodo de espera de establecido:

- **Ácido-pépticas**
- **Apnea obstructiva (enfermedad del sueño)**
- **Artritis reumatoide**
- **Cataratas**

PLENIT considerará como un solo evento las cataratas que se presenten en ambos ojos siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la cirugía de uno y otro no sea mayor a 6 (seis) meses. En este caso se aplicará un solo deducible y coaseguro.

- **Diabetes Mellitus**
- **Hernias de cualquier tipo**
- **Hemorroides, ano-rectales, abscesos o fisuras**

- **Hipertensión arterial**
- **Insuficiencia del piso perineal**
- **Ginecológicos**
- **Padecimientos relacionados con la columna vertebral**
- **Prostáticos**
- **Tumoraciones mamarias benignas**
- **Várices**
- **Cirugía de pared de la pared abdominal**

- **Cirugía de nariz y senos paranasales**

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico de padecimiento de nariz y senos paranasales, siempre y cuando presenten fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico. El periodo de espera no aplica en caso de emergencia médica a causa de un accidente.

Para efectos de esta cirugía será necesario contar con una segunda opinión médica, salvo que sea necesaria por emergencia médica.

- **Cirugía de Rodilla, Hombro y Columna Vertebral**

Se cubren los Gastos Médicos derivados de estos procedimientos quirúrgicos. El periodo de espera no aplica en caso de emergencia médica a causa de un accidente.

Para efectos de esta cirugía será necesario contar con una segunda opinión médica, salvo que sea necesaria por una emergencia médica.

- **Cirugía de Hallux Valgus**

Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico, sin coaseguro. A este procedimiento se le aplicará un Periodo de Espera de 24 (veinticuatro) meses de Cobertura continua con la Aseguradora.

- **Cirugía Reconstructiva**

Se cubren los gastos por cirugía reconstructiva a consecuencia de un Accidente amparado.

En caso de una enfermedad cubierta únicamente se cubrirán las reconstrucciones asociadas a tumores malignos primarios o secundarios en donde la resección de otras estructuras sea médicamente necesaria o sea radical.

Solo se cubrirán cirugías cuando estas busquen restablecer la función del órgano afectado.

En el caso de cáncer de glándulas mamarias, aun cuando no se restablezca la función del órgano, únicamente se cubrirá la reconstrucción y la prótesis de la mama afectada. La suma asegurada para este beneficio es de **\$100,000.00 (cien mil pesos 00/100 M.N.)**

En los casos de padecimientos relacionados a glándula mamaria, los gastos correspondientes a la glándula mamaria contralateral no afectada no serán cubiertos, aun cuando el médico indique su reconstrucción, los cuales deberá cubrir el asegurado en su totalidad.

No aplica reconocimiento de antigüedad para Cirugía Reconstructiva.

GASTOS CUBIERTOS CON 48 (CUARENTA Y OCHO) MESES DE PERIODO DE ESPERA

Se cubren, a partir de los 48 (cuarenta y ocho) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza o antigüedad reconocida los gastos derivados de las siguientes enfermedades, aun cuando se trate de una urgencia médica o un accidente, siempre y cuando los primeros signos y síntomas inicien después de ese tiempo:

- **Cirugía para corregir Defectos de Refracción**

Se cubren los Gastos Médicos derivados de los defectos de refracción (miopía o corto de vista, hipermetropía o hiperopía, presbicia, astigmatismo, entre otros), siempre que este procedimiento quirúrgico se realice a partir del cuarto año de Cobertura continua en PLENIT y cuando el asegurado tenga más de 5 (cinco) dioptrías, siempre que este procedimiento quirúrgico se realice a partir del quinto año de Cobertura continua.

- **Cirugía Bariátrica**

Se cubrirán los gastos de la Cirugía Bariátrica, previa valoración médica por parte de la Aseguradora, a los Asegurados que tengan un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 unidades o que el índice mencionado sea mayor a 35 unidades y que padezca alguna enfermedad relacionada con la obesidad.

Este procedimiento quirúrgico se cubrirá una sola vez en la vida del Asegurado siempre y cuando no se le haya realizado una Cirugía Bariátrica previa.

La cirugía debe ser realizada por un cirujano con certificación vigente para la realización de esta cirugía.

Todos los eventos durante la cirugía o postoperatorios serán considerados en su conjunto como un solo evento.

Se aplicará el Deducible y Coaseguro de la Póliza, con Suma Asegurada de **\$350,000.00 (trescientos cincuenta mil 00/100 M.N.)**, esta Suma Asegurada no estará sujeta a reinstalación alguna.

A este procedimiento se le aplicará el Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses de Cobertura continua en la Aseguradora.

- **SIDA**

Este padecimiento tiene un Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses a partir de la fecha de antigüedad reconocida. La Aseguradora cubrirá los gastos médicos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los cuales sean causados directamente por la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), de acuerdo con lo siguiente:

Será condición indispensable que la infección del VIH se diagnostique por primera vez durante el periodo de vigencia de la cobertura; el asegurado deberá contar con una prueba serológica de ELISA donde indique que el VIH es positivo y una prueba de "Western Blot" en el que se indique un conteo de células CD4 menor que 500/mm³, y tenga uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivo:

- Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
- Cáncer cervical invasivo.
- Coccidioidomicosis, diseminado o extrapulmonar.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis intestinal crónico (con más de un mes de duración).
- Citomegalovirus retinitis (con pérdida de visión).
- Encefalopatía relacionada con el VIH.
- Herpes simple.
- Úlcera crónica (de más de un mes de duración).
- Bronquitis, neumonitis o esofagitis.

- Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
- Isosporiasis intestinal crónica de más de un mes de duración.
- Sarcomas de Kaposi.
- Linfoma no Hodgking de células B o fenotipo inmunológico no determinado, y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt) o sarcomas inmunoblástico, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad.
- Linfoma inmunoblástico.
- Linfoma primario cerebral.
- Hicobacterias, otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonares.
- Neumonía por pneumocystis carinni.
- Neumonía recurrente.
- Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
- Septicemia por salmonella no recurrente.
- Toxoplamosis cerebral.
- Síndrome de desgaste.
- Microbacterias Kansasii diseminadas o extrapulmonares.
- Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
- Diseminación extrapulmonar por M.Avium o M. Kansasii.
- Estrongiloidosis extraintestinal.
- Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide.
- Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
- Infección extrapulmonar o diseminada por microbacterias de otras especies que no sea lepra.

Exclusiones del padecimiento SIDA. En adición a las citadas en las Condiciones generales de la Póliza, se aplicarán las siguientes exclusiones:

- **Todos los gastos en que incurra cualquier persona en el diagnóstico del SIDA (Western Blot y/o ELISA)**
- **Todos los gastos relacionados con las pruebas del VIH.**
- **Cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH, publicado por la Secretaría de Salud (CONASIDA).**
- **Tratamientos experimentales y drogas no reconocidas por la Norma oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH, publicado por la Secretaría de Salud (CONASIDA)**
- **Transporte del paciente de o al Hospital por otro medio que no sea ambulancia.**
- **Costo o gastos por ambulancia aérea, evacuaciones o cambio de lugar.**
- **Gastos incurridos por cualquier condición que no se derive**

como consecuencia directa del SIDA.

- Diagnóstico seropositivo anterior al inicio de la vigencia más antigua, a partir de la cual ha tenido Cobertura de SIDA continúa con la Aseguradora.
- Enfermera privada en el hogar por más de 30 días, sin previa valoración de la aseguradora.
- Tratamientos que requiera el Asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua e ininterrumpida con la compañía; para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta con 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua e ininterrumpida con la compañía.

Sección II.5 Límites de cobertura y gastos a cargo del Asegurado

El Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro y Suma Asegurada aplicables en cada Siniestro reclamado, serán estipulados en la carátula de Póliza, salvo aquellos gastos, Padecimientos y procedimientos quirúrgicos en donde se especifique lo contrario.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima a pagar en cada enfermedad o accidente reclamado y procedente. Toda indemnización que PLENIT pague por algún padecimiento por asegurado por los conceptos amparados en la carátula de la póliza y en estas condiciones generales, reducirá en igual cantidad la suma asegurada, siendo reinstalada automáticamente para otros padecimientos diferentes que ocurran o se inicien durante la vigencia de la póliza, sin pago de prima adicional.

DEDUCIBLE

Es la cantidad fija a cargo del Asegurado que se especifica en la carátula de la Póliza. El deducible que se aplicará por cada padecimiento cubierto, estará especificado en la carátula de la póliza, y los gastos reclamados y cubiertos deberán ser mayor a la opción contratada, el deducible no se reinstalará cada año.

En toda reclamación por enfermedad será necesario que el total de los gastos procedentes supere el deducible contratado, excepto para el pago de complementos de reclamaciones anteriores.

COASEGURO

Es la participación del Asegurado descrito en forma porcentual del monto total de los gastos generados en una reclamación. PLENIT aplicará este porcentaje en cada reclamación procedente, por accidente o enfermedad, sea inicial o complementaria, una vez descontado el deducible contratado.

TOPE DE COASEGURO

Cantidad máxima por concepto de coaseguro que aplicará por cada padecimiento cubierto, sea inicial o complementaria.

CRITERIO DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE, COASEGURO Y TOPE DE COASEGURO

De la reclamación que presente el asegurado se sumarán todos los gastos médicos cubiertos,

ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza y condiciones generales que delimiten los gastos que de acuerdo con la póliza están cubiertos.

A la cantidad resultante en el párrafo anterior, se le descontarán las participaciones establecidas como deducible y coaseguro que quedan a cargo del asegurado, en el siguiente orden: primero el deducible y a la cantidad restante el coaseguro, hasta el tope de coaseguro contratado, salvo aquellos casos que aplique un coaseguro adicional. El monto resultante es el que queda a cargo de la compañía.

ACCESO A HOSPITALES DE DIFERENTE NIVEL AL CONTRATADO

En caso de optar por recibir la atención en un hospital perteneciente a una red hospitalaria de mayor nivel al contratado, se agregarán veinte puntos porcentuales por cada nivel de hospital que ascienda y se eliminará el tope de coaseguro contratado.

CUANDO SE OPTA POR ELEGIR UN HOSPITAL DE UN NIVEL INFERIOR AL CONTRATADO, SE DISMINUIRÁ EN 10 (DIEZ) PUNTOS PORCENTUALES EL COASEGURO CONTRATADO

HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

El importe por concepto de los honorarios médicos y quirúrgicos será pagado hasta por el monto señalado en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos (que se encuentra publicado en la página de internet www.plenit.mx), según la zona de tarificación donde se contrató la póliza, establecida en la carátula de la póliza y de acuerdo con lo establecido en estas condiciones generales. El excedente a estos montos está a cargo del asegurado.

ZONA DE ATENCIÓN

En caso de que el asegurado sea atendido en una zona más alta en relación con la zona de tarificación, el coaseguro se incrementará en 10 (diez) puntos porcentuales por cada nivel de aumento, a excepción de los casos en los que no haya procedimiento resolutivo en su zona de tarificación o se trate de una emergencia médica.

SECCIÓN III. COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura deberá estar especificada en la carátula de la póliza y ampara los Gastos Médicos que sean derivados del tratamiento médico y/o quirúrgico de una emergencia médica que requiera el Asegurado mientras se encuentre viajando fuera de la República Mexicana, siempre y cuando la emergencia médica ocurra dentro de los primeros noventa días naturales continuos de viaje.

- Suma Asegurada para esta cobertura es de \$1,500,000 por padecimiento cubierto,
- Deducible de \$1,500 y
- Coaseguro CERO.

Para efectos del presente endoso se cubren los siguientes Gastos Médicos:

- Gastos hospitalarios con cuarto privado o semiprivado, los demás gastos hospitalarios se cubren de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales de esta Póliza.
- Honorarios médicos de cirujanos, anestesiólogo y ayudantes.

- Servicios de diagnóstico necesarios durante su estancia hospitalaria.
- Servicios de ambulancia terrestre desde el lugar del evento hacia el hospital.
- Costo de prótesis, necesarios para el tratamiento quirúrgico de la emergencia.

La emergencia médica termina cuando el asegurado sale de la situación crítica del estado agudo del padecimiento, manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros normales y el paciente es egresado del hospital o del servicio de urgencias, para continuar su tratamiento fuera de éste.

Se considerarán terminados los beneficios de esta cobertura cuando concluye la emergencia médica o cuando se agote la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

Independientemente del Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos contratado para gastos en territorio nacional, en el extranjero el pago de honorarios médicos se sujetará al rango menor del Tabulador “Physicians’ Fee & Coding Guide (Fee Range)”. Al momento en que el asegurado tramite su siniestro se le proporcionará toda la información necesaria para efectuar el pago del mismo, incluido el costo de los honorarios médicos que se indica en el Tabulador “Physicians’ Fee & Coding Guide” que se encuentre vigente al momento de la reclamación.

El trámite de los Gastos Médicos de este beneficio, deberán tramitarse vía reembolso, presentando las facturas correspondientes.

Exclusiones:

En adición a las exclusiones de la póliza a la que se adhiere a este endoso, las siguientes:

- **Complicaciones del Embarazo.**
- **Parto y Cesárea.**
- **Gastos del recién nacido.**
- **Cualquier atención al recién nacido prematuro.**
- **Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- **Estudios de cualquier tipo, medicamentos e intervenciones programadas, después de atendida la emergencia médica.**
- **Emergencias médicas que inicien después de transcurridos 90 días de estancia continua en el extranjero.**

SERVICIOS DE ASISTENCIA

PLENIT, proporcionará los servicios de asistencia, siempre y cuando esta cobertura 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 (veinticuatro) horas del día y los 365 (trescientos sesenta y cinco) 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.

O 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.
- Recopilación 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.
- 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).
- 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.
- 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:

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

- **ASISTENCIA MÉDICA GENERAL A DOMICILIO**

Este servicio se proporcionará las 24 (veinticuatro) horas todos los días del año, a el asegurado, en las principales ciudades del territorio nacional, su servicio de consulta médica a domicilio para pacientes que por alguna razón no puedan trasladarse a consultorio. El mismo deberá ser solicitado al centro de atención, cuyo personal coordinará el envío de un médico general certificado.

El médico valorará al paciente o al asegurado y en caso necesario le extenderá la receta médica correspondiente. Este servicio tendrá un costo preferencial de **\$200.00 (doscientos pesos 00/100 M.N.)**, el cual estará a cargo del Asegurado por cada consulta médica que solicite.

El tiempo estimado de arribo del médico es de 90 (noventa) minutos, pero este puede variar, dependiendo de la zona en la que se encuentre el domicilio del asegurado y de las circunstancias del traslado. se proporcionará la mejor opción y dará solución para salvaguardar la salud del asegurado.

El asegurado, podrá solicitar este beneficio para recibir una consulta médica en su domicilio, en su lugar de trabajo, o en un hotel, siempre y cuando esta ubicación disponga de la infraestructura necesaria y se encuentre dentro de los límites de la ciudad.

Este servicio tiene un costo preferencial de **\$200.00 (doscientos pesos 00/100 M.N.)** y 2 (dos) eventos en el año por membresía, el asegurado se hará cargo del servicio hasta un costo de **\$800.00 (ochocientos pesos 00/100 M.N.)** por cada consulta médica. En caso de qué se trate de un paciente sospechoso o confirmado de COVID se le informará al asegurado el costo excedente del cual deberá hacerse cargo.

EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO

PLENIT, quedará eximido de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus obligaciones derivadas de los servicios que integran la asistencia

médica a domicilio, cuando:

- **El asegurado solicite medicamentos, tratamientos, estudios, análisis o radiografías.**
- **Se solicite el servicio en lugares inhóspitos, rancherías o sin infraestructura médica o se trate de casos infecciosos que por su severidad deban ser atendidos directamente en un hospital.**

- **SERVICIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA**

PLENIT, por medio de su personal especializado en nutrición y en un horario de 9:00 a 18:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas, proporcionará al asegurado la asesoría necesaria sobre problemas o dudas que tenga y estén relacionados con hábitos alimenticios; este servicio será brindado al asegurado dependiendo sus requerimientos o medios por video consulta o de manera telefónica.

Antes de comunicarse al centro de atención el asegurado deberá asegurarse de contar a la mano con una cinta métrica y una báscula analógica o digital, a efecto de que pueda dar a la nutrióloga la información de apertura de su expediente.

La nutrióloga podrá brindar información sobre:

1. Cálculo del peso ideal y del índice de masa corporal.
2. Diseño de dietas.
3. Orientación telefónica respecto a suplementos, desórdenes alimenticios y referencias con especialistas.
4. Información sobre eventos de nutrición y alimentación sana.
5. Consejos sobre nutrición (técnicas o métodos para llevar una sana alimentación).
6. Asesoría, recomendaciones para prevención y manejo de factores de riesgo para personas que padecen colitis, gastritis, diabetes, triglicéridos, colesterol alto, sobrepeso, sedentarismo etc.
7. Orientación de dieta balanceada.
8. Orientación para mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Este servicio no tiene costo, ni límite de eventos e incluye plan alimenticio personalizado.

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA.

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

El asegurado solicite esta asistencia para situaciones críticas o requiera de una consulta en nutrición de forma personal, en este último caso La compañía por medio de sus representantes de servicio buscarán una cita en consultorio con costo preferencial para el asegurado

- **SERVICIO DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA POR VIDEOCONSULTA O VIA TELEFÓNICA**



PLENIT, por medio de su personal especializado y en un horario de lunes a sábado de 9:00 a 18:00 horas, 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.

• SERVICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA

PLENIT, proporcionará por medio de su red de casas funerarias, las 24 (veinticuatro) horas todos los días del año dentro del territorio de la República Mexicana el servicio funerario estándar, haciéndose cargo del costo del mismo.

Quien solicite el servicio deberá nombrar a una persona que funja como “DEUDO RESPONSABLE”, esta persona designada como responsable deberá comunicar al personal del centro de atención todas las decisiones de los deudos relacionadas con el servicio funerario, asimismo se le hará saber las opciones de funerarias disponibles en el lugar donde solicite el servicio o el prestador del servicio más cercano.

Para poder verificar la procedencia del servicio el “DEUDO RESPONSABLE” se obliga a enviar al email o whatsapp que le sea indicado, en formato de fotografía o PDF la siguiente documentación del fallecido: acta de nacimiento, pasaporte o credencial del INE, comprobante de domicilio, certificado de defunción, en su caso acta de matrimonio y/o cualquier otro documento idóneo sobre los hechos relacionados con el siniestro, que permitan determinar las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

En el primer año de contratación de esta asistencia, aplica un periodo de espera de 90 días a partir del inicio de la vigencia del servicio, para los decesos causados por una enfermedad terminal, sospechoso COVID o confirmados COVID.



No aplica este periodo de espera en caso de fallecimiento por accidente o enfermedad no terminal.

Se considera enfermedad terminal para efectos de esta cobertura, aquella que está lo suficientemente avanzada o en fase de evolución irreversible y que ya no responde a ningún tratamiento para frenarla o curarla, considerándose así, a las siguientes enfermedades: cualquier tipo de cáncer, lupus eritematoso sistémico, distrofia muscular, SIDA (VIH), esclerosis múltiple, hepatitis B o alguna otra hepatopatía grave, EPOC grave, enfermedades crónicas degenerativas en un estado avanzado o cualquier otra que así se considere médicamente y que se verifique en el certificado de defunción.

PLENIT organizará y cubrirá los siguientes servicios funerarios para el asegurado cuya edad al momento del deceso sea máximo de 69 (sesenta y nueve) años cumplidos:

1. Recolección del cuerpo en: hospital, domicilio o servicio forense.
2. Gestión legal ante la autoridad competente en caso de deceso violento.
3. Traslado del cuerpo a la sala de velación que se designe.
4. Arreglo estético del cuerpo, limpieza, vestido y maquillaje facial no reconstructivo.
5. Ataúd estándar o básico, del material que se encuentre disponible, ya sea metálico o de material tipo madera.
6. Uso de sala de velación por 24 (veinticuatro) horas o préstamo del equipo para velación en domicilio. (Mesa pedestal, (4) candeleros o torcheros y Cristo) hasta por 24 (veinticuatro) horas.
7. Traslado del cuerpo al cementerio en la zona urbana donde ocurrió el deceso.
8. En caso de cremación, el servicio incluye la renta del ataúd para la velación, traslado del cuerpo al crematorio, cremación y urna de madera estándar.
9. Traslado del ataúd hasta 50 kilómetros a la redonda desde el lugar en donde se presentó el deceso para su velación y/o inhumación.

En caso de que la velación y/o inhumación se realice en una localidad más alejada de los 50 kilómetros el "DEUDO RESPONSABLE" se obliga a pagar el kilometraje excedente a una tarifa preferencial.

Si por la distancia del lugar de inhumación, el transporte terrestre no fuera el idóneo, PLENIT se obliga a coordinar el transporte aéreo a cargo del "DEUDO RESPONSABLE", siempre y cuando exista disponibilidad y/o vuelos por parte de las terminales y líneas aéreas. El costo del traslado aéreo deberá ser cubierto por el "DEUDO RESPONSABLE".

Este servicio de asistencia funeraria tiene una cobertura de 1 evento y el tipo de servicio funerario que se brindará es tipo estándar.

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA FUNERARIA

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 funeraria, cuando:

- **Los beneficiarios o "DEUDO RESPONSABLE" no reporten con oportunidad el deceso y PLENIT se encuentre en imposibilidad**

material de cumplir con el servicio, porque el sepelio ya se hubiera realizado sin conocimiento previo y oportuno por parte de PLENIT.

- **Alguno de los beneficiarios o “DEUDO RESPONSABLE” solicite el reembolso o pago del servicio funerario al incurrir en la omisión, del párrafo anterior. Lo anterior en virtud de que esta prestación es un servicio y no un beneficio indemnizatorio.**
- **Los beneficiarios o “DEUDO RESPONSABLE” no envíen en formato electrónico, la documentación solicitada para acreditar la personalidad o entroncamiento de la persona fallecida.**
- **El servicio funerario se solicite en otra casa funeraria que no pertenezcan a la red en convenio con PLENIT.**
- **Cuando el deceso ocurra porque el “BENEFICIARIO” atentó contra su propia vida.**

- **ASISTENCIA DE ENFERMERÍA POR CONVALECENCIA**

PLENIT proporcionará a el asegurado el servicio de enfermería por convalecencia dentro de las principales ciudades a nivel nacional, cuando el asegurado se encuentre recuperándose de una intervención quirúrgica.

Para la solicitud del servicio el asegurado deberá comunicarse al centro de atención y enviar la documentación que acredite el estado de convalecencia para que el área médica de PLENIT pueda validar la procedencia del servicio.

La enfermera enviada a domicilio asistirá a el asegurado en los cuidados postoperatorios necesarios para una adecuada recuperación por hasta cinco días durante horario matutino, siguiendo las indicaciones médicas previamente establecidas y comunicadas por el asegurado o su médico tratante.

PLENIT se compromete a asegurar que el personal de enfermería asignado cumpla con los estándares de calidad y experiencia requeridos para la atención de postoperatorio, velando siempre por la integridad y el confort del asegurado.

En caso de requerir ampliación del servicio más allá de los 5 (cinco) días, este quedará a cargo del asegurado. PLENIT se encargará de buscar un costo preferencial el cual hará de conocimiento del asegurado y en caso de su aceptación este costo deberá ser cubierto directamente por el asegurado al proveedor para el envío de la enfermera.

Este servicio está limitado a la cobertura de un evento por año de vigencia, hasta un máximo de 5 (cinco) días consecutivos y 6 (seis) horas por día.

EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA POR CONVALECENCIA

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 de

enfermería por convalecencia, cuando:

- **El asegurado o los familiares presenten comportamientos agresivos que impidan la prestación del servicio de manera segura tanto para el personal de enfermería como para el propio paciente.**
- **El entorno donde se deba prestar el servicio presente condiciones de insalubridad o riesgo que puedan comprometer la calidad y seguridad del cuidado de enfermería.**
- **A juicio del personal de enfermería asignado o del coordinador médico de PLENIT, la continuación del servicio en el domicilio resulte impracticable o riesgosa para el asegurado o el personal de enfermería, debido a complicaciones de salud no previstas que requieran atención médica especializada inmediata.**

- **ASISTENCIA EN VIAJES NACIONALES KILOMETRO 100**

Cuando el asegurado se encuentre de viaje por placer o trabajo dentro del territorio nacional y sufra algún imprevisto, podrá solicitar las 24 (veinticuatro) horas al centro de atención PLENIT los servicios que a continuación se describen, los cuales están diseñados para proporcionar apoyo y asistencia inmediata según las condiciones establecidas.

REPATRIACIÓN FUNERARIA

PLENIT brindará a el asegurado el servicio de repatriación funeraria en caso de su lamentable deceso ya sea por enfermedad o accidente durante su viaje. Este servicio incluye todos los trámites legales necesarios.

Para la prestación del servicio, el deceso debe haber ocurrido durante un viaje mayor a 100 (cien) kilómetros de su lugar de residencia habitual dentro del territorio nacional.

El traslado del cuerpo se realizará por el medio más idóneo, dependiendo de la infraestructura del lugar del deceso. Para aquellos casos en que el traslado al lugar habitual de residencia sea menor a 4 (cuatro) horas, el traslado de restos se realizará por vía terrestre. Cuando el tiempo exceda este período y si se cuenta con las condiciones e infraestructura necesarias, el traslado a su ciudad de origen se realizará por vía aérea.

Quien solicite el servicio deberá nombrar a una persona que funja como "DEUDO RESPONSABLE", esta persona designada como responsable deberá comunicar al personal del "CA" todas las decisiones de los deudos relacionadas con el servicio funerario.

Para poder verificar la procedencia del servicio el "DEUDO RESPONSABLE" se obliga a enviar al email o whatsapp que le sea indicado, en formato de fotografía o PDF la siguiente documentación del fallecido: acta de nacimiento, pasaporte o credencial del INE, comprobante de domicilio, certificado de defunción, en su caso acta de matrimonio y/o cualquier otro documento idóneo.

PLENIT se encargará de otorgar los siguientes servicios:

- a) Recolección del cuerpo en la ciudad de origen (lugar del viaje).

- b) Preparación del cuerpo para el embalsamamiento y tanatopraxia.
- c) Proveer un féretro hermético para la repatriación.
- d) Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- e) Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- f) Transporte aéreo o terrestre del cuerpo desde la ciudad de origen al destino.
- g) Trámites legales para la entrega del cuerpo en el aeropuerto Internacional.

Este servicio se concluye con la entrega del cuerpo a la casa funeraria indicada por el “DEUDO RESPONSABLE” en su ciudad de origen.

El servicio de repatriación funeraria tiene una cobertura de 1 (uno) evento durante la vigencia anual y el tipo de servicio funerario que se brindará es tipo estándar.

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN FUNERARIA

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 funeraria, cuando:

- **Los familiares o “DEUDO RESPONSABLE” no reporten con oportunidad el deceso y PLENIT se encuentre en imposibilidad material de cumplir con el servicio, porque el servicio ya se encuentra en operación previa contratación de los familiares con otro proveedor o ya se hubiera realizado el servicio sin conocimiento previo y oportuno por parte de PLENIT.**
- **Los familiares o “DEUDO RESPONSABLE” no tengan la documentación solicitada.**
- **Si no se contarán con los permisos de las autoridades correspondientes. • Cuando el fallecimiento se deba a enfermedades infectocontagiosas de alto riesgo y que las autoridades no permitan que se efectúe el traslado.**
- **Cuando el deceso haya sucedido por que el usuario atento contra su vida.**
- **Que el asegurado no este dado de alta en la base de datos vigente de PLENIT.**
- **Que el asegurado al momento de su deceso sea mayor a 69 años.**

TRASLADO MÉDICO A UN CENTRO HOSPITALARIO POR URGENCIA MÉDICA

En caso de urgencia o emergencia médica del asegurado durante su viaje, PLENIT gestionará el traslado médico terrestre de ambulancia para el asegurado al centro hospitalario más cercano o idóneo para su atención.

Si el hospital en donde deben recibir al paciente requiere que espere la ambulancia, después de los 15 (quince) minutos, es decir a partir del minuto 16 (dieciséis) se generará un costo por tiempo



de espera a cargo del usuario, la tarifa aplicable se le hará saber en el momento y deberá ser liquidada directamente al paramédico de la ambulancia.

Cuando por cualquier circunstancia el paciente no sea recibido en el nosocomio inicialmente solicitado, se generará un segundo servicio a otro hospital con cargo a el asegurado.

Si debido a las circunstancias del evento el asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos necesarios para su atención PLENIT se encargará de coordinar el traslado por los medios más adecuados (incluyéndose, sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más cercano y apropiado a las particularidades de las heridas o del padecimiento o enfermedad del asegurado. Únicamente será procedente cuando la clínica u hospital donde se encuentre no cuente con la infraestructura necesaria para la atención de las heridas o del padecimiento o la enfermedad del asegurado de acuerdo con el criterio del Médico tratante y del equipo Médico de la Compañía de PLENIT.

Este servicio está limitado a 1 (uno) evento por año de vigencia.

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA DE TRASLADO MÉDICO POR URGENCIA

PLENIT, queda facultado para declinar la solicitud de servicio o quedará eximido de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus obligaciones derivadas del servicio de traslado médico por urgencia, cuando:

- **Cuando se solicite el reembolso por el servicio de traslado no reportado.**
- **El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- **El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.**
- **El paciente no esté autorizado por un médico para el traslado hasta el destino elegido.**
- **El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el destino.**
- **Los horarios y/o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**

TRASLADO SANITARIO A SU CIUDAD DE RESIDENCIA

Si el asegurado requiere ser trasladado a su ciudad de residencia tras haber estado hospitalizado, PLENIT coordinará y cubrirá el traslado sanitario por el medio más idóneo y adaptado a su condición de salud.

Para poder hacer válido este servicio el médico tratante del asegurado deberá emitir una orden

para que el equipo médico de PLENIT evalúe la condición y determinación del médico tratante. Una vez determinada y aprobada la situación del paciente por parte del área médica y de dictaminación del "EL PRESTADOR, se coordinará el traslado por los medios más adecuados (incluyéndose, sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular) a su ciudad de residencia habitual del asegurado.

El médico tratante determinará el lugar al cual deba de ser trasladado el asegurado. Esta información deberá ser comunicada a PLENIT quien coordinará la logística del traslado y mantendrá informados a los familiares del asegurado sobre el estado del traslado y cualquier cambio relevante en el proceso.

Los familiares o el asegurado deberán asegurarse, en caso necesario, de tramitar el ingreso del paciente al nosocomio a su llegada a su ciudad de residencia habitual.

Este servicio está limitado a 1 (uno) evento por año de vigencia.

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA DE TRASLADO SANITARIO A SU CIUDAD DE RESIDENCIA

PLENIT queda facultado para declinar la solicitud de servicio o eximirse de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus obligaciones derivadas de los servicios que integran el traslado sanitario, cuando:

- **La evaluación médica indique que el asegurado no requiere un traslado sanitario o que el traslado puede poner en riesgo su vida.**
- **Las condiciones meteorológicas extremas o restricciones impuestas por las autoridades impidan la realización del traslado.**
- **el asegurado no esté dado de alta en la base de datos vigente de PLENIT.**
- **el asegurado haya consumido drogas ilegales o esté bajo los efectos del alcohol al momento de la solicitud de traslado.**
- **El traslado solicitado sea para procedimientos médicos programados o no urgentes.**
- **La documentación necesaria para coordinar el traslado no sea proporcionada de manera oportuna por el asegurado o sus familiares.**

TRANSPORTE Y HOSPEDAJE PARA UN FAMILIAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Si el asegurado a causa de un accidente o enfermedad durante su viaje requiriera de hospitalización por más de cinco días, PLENIT coordinará y cubrirá el transporte y hospedaje de un familiar para que lo acompañe durante su hospitalización

el asegurado puede indicar si el familiar estará presente al principio de la hospitalización, durante los últimos días, o en cualquier otro momento y comunicarlo a PLENIT.



PLENIT cubrirá y proporcionará el hospedaje para el familiar del asegurado en un hotel de categoría básica (2 (dos) o 3 (tres) estrellas) cercano al centro hospitalario donde el asegurado se encuentre internado. La categoría exacta dependerá de la disponibilidad y ubicación del hospital.

PLENIT se encargará de cubrir únicamente el transporte del familiar desde su lugar de residencia hasta el hospital y el regreso al finalizar la cobertura. En caso de que el familiar requiera un lapso mayor de días de hospedaje, éste se encontrará a su cargo.

Para poder hacer válido este servicio, el médico tratante del asegurado deberá emitir un informe que indique la causa de la hospitalización y el tiempo aproximado de internación. Este informe será evaluado por el área de dictaminación de PLENIT para la aprobación del servicio.

El servicio se limita a familiares directos del asegurado, tales como padres, hijos, cónyuge o hermanos. En caso de no tener familiares directos disponibles, se puede considerar un familiar de segundo grado (tíos, sobrinos, abuelos) previa aprobación por parte de PLENIT. No se cubrirá el acompañamiento por parte de amigos o personas no relacionadas por consanguinidad o afinidad.

Los familiares designados deberán proporcionar identificación oficial y comprobante de parentesco con el asegurado (acta de nacimiento, matrimonio u otro documento oficial). El informe médico deberá ser enviado al correo electrónico o número de whatsapp indicado por PLENIT.

Una vez recibida la documentación y el informe médico, el área de dictaminación de PLENIT revisará la solicitud y notificará la aprobación o cualquier requerimiento adicional. PLENIT coordinará los detalles del transporte y el hospedaje, manteniendo informados a el asegurado y al familiar designado.

Este servicio está limitado a 1 (uno) evento y hasta 3 (tres) noches por año de vigencia.

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA DE TRANSPORTE Y HOSPEDAJE

PLENIT queda facultado para declinar la solicitud de servicio o eximirse de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus obligaciones derivadas del servicio de transporte y hospedaje, cuando:

- **La hospitalización no exceda los cinco días.**
- **La solicitud no sea aprobada por el área de dictamen debido a falta de documentación o no cumplir con los requisitos establecidos.**
- **El familiar designado no sea un pariente directo o no haya sido aprobado por PLENIT.**
- **Las condiciones meteorológicas extremas o restricciones impuestas por las autoridades impidan la realización del transporte.**
- **El asegurado o el familiar designado no estén dados de alta en la base de datos vigente de PLENIT.**

- **El servicio solicitado exceda las 3 noches de hospedaje cubiertas por año de vigencia.**

En el evento de que el asegurado esté hospitalizado por más de cinco días, PLENIT organizará y cubrirá el transporte y hospedaje de un familiar para que pueda estar a su lado, limitado a 1 evento y hasta 3 noches por año de vigencia.

HOSPEDAJE POR CONVALECENCIA DEL ASEGURADO POST-HOSPITALIZACIÓN

Si el asegurado ha sido internado durante su viaje por enfermedad o accidente y, a la salida del hospital, requiriera hospedaje para su convalecencia, PLENIT coordinará y cubrirá el hospedaje en un hotel cercano al hospital para su recuperación.

PLENIT cubrirá y proporcionará el hospedaje para el asegurado en un hotel de categoría básica (2 (dos) o 3 (tres) estrellas) cercano al centro hospitalario donde estuvo internado. La categoría exacta dependerá de la disponibilidad y ubicación del hospital. Si el hospedaje excede las 3 (tres) noches cubiertas, los costos adicionales deberán ser pagados por el asegurado.

Para poder hacer válido este servicio, el médico tratante del asegurado deberá emitir un informe que indique la necesidad de convalecencia y el tiempo aproximado requerido para la misma. Este informe será evaluado por el área de dictaminación de PLENIT para la aprobación del servicio.

El informe médico deberá ser enviado al correo electrónico o número de whatsapp indicado por PLENIT.

Una vez recibida la documentación y el informe médico, el área de dictaminación de PLENIT revisará la solicitud y notificará la aprobación o cualquier requerimiento adicional. PLENIT coordinará los detalles del hospedaje, manteniendo informado a el asegurado sobre cualquier cambio relevante en el proceso.

Este servicio está limitado a 1 (uno) evento y hasta 3 (tres) noches por año de vigencia.

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA DE HOSPEDAJE POR CONVALECENCIA

PLENIT queda facultado para declinar la solicitud de servicio o eximirse de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus obligaciones derivadas del servicio de hospedaje por convalecencia, cuando:

- **La solicitud no sea aprobada por el área de dictaminación debido a falta de documentación o no cumplir con los requisitos establecidos.**
- **Las condiciones meteorológicas extremas o restricciones impuestas por las autoridades impidan la realización del hospedaje.**
- **el asegurado no esté dado de alta en la base de datos vigente de PLENIT.**
- **El servicio solicitado exceda las 3 noches de hospedaje cubiertas por año de vigencia.**



- **Se solicite el reembolso del servicio.**

CONSEJERÍA PARA RESERVACIONES Y REFERENCIAS DE SERVICIOS EN LAS PRINCIPALES CIUDADES.

El asegurado tendrá acceso a un servicio de consejería para reservaciones y referencias de servicios en las principales ciudades del territorio nacional, siempre y cuando se requiera para la atención de un padecimiento o enfermedad cubierta por esta póliza.

PLENIT proporcionará asistencia las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, para apoyar a el asegurado en la realización de reservaciones y la obtención de referencias de diversos servicios, tales como:

1. Hoteles: Reservaciones en hoteles de diferentes categorías según las necesidades y preferencias del asegurado.
2. Transporte: Información y reservaciones para servicios de transporte, incluyendo taxis, servicios de transporte privado, renta de autos y más.
3. Servicios Médicos: Información sobre clínicas, hospitales y farmacias cercanas, así como asistencia en la coordinación de citas médicas.
4. Otros Servicios: Cualquier otra referencia o asistencia que el asegurado requiera durante su viaje, siempre y cuando esté relacionado con la atención de una enfermedad o padecimiento cubierto por esta póliza.

Para la solicitud del servicio deberá comunicarse invariablemente al “CA” y proporcionar la información relevante para la solicitud, incluyendo detalles sobre el tipo de servicio requerido, fecha y hora preferidas, y cualquier otra preferencia específica. Este servicio es ilimitado y sin costo para el asegurado.

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA DE CONSEJERÍA:

PLENIT queda facultado para declinar la solicitud de servicio o eximirse de cualquier responsabilidad en los siguientes casos:

- **Disponibilidad:** En situaciones donde los servicios solicitados no estén disponibles o no puedan ser confirmados debido a la alta demanda o restricciones del proveedor.
- **Restricciones Legales:** Cuando las referencias o reservaciones solicitadas violen leyes o regulaciones locales.
- **Información Incompleta:** Si el asegurado no proporciona la información necesaria para realizar la reservación o referencia de manera adecuada.

REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios podrán solicitarse a través del **centro de atención PLENIT** de manera telefónica al 22 26 90 71 11 las 24 (veinticuatro) horas del día o al whatsapp <https://www.app-quam.net/whatsapp.html>

Quien reporte deberá proporcionar su nombre, número telefónico de contacto, número de póliza, así como una breve descripción de las circunstancias que originan el servicio.

SECCIÓN IV. EXCLUSIONES GENERALES

Adicionalmente a las exclusiones que se estipula en la Sección II de estas condiciones generales, esta póliza no ampara lo siguiente:

- **Padecimientos preexistentes declarados o no en la solicitud, salvo lo estipulado en las condiciones generales de esta póliza.**
- **Diabetes mellitus**
- **Cualquier gasto derivado por cualquier accidente o enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**
- **Gastos de criopreservación de cordón umbilical.**
- **Atención de recién nacidos sanos (cunero, cunero fisiológico, incubadora, pediatra, vacunas, preservación de cordón umbilical o células madre)**
- **Padecimientos donde los primeros signos y/o síntomas, así como los primeros gastos para diagnóstico o tratamiento, se hayan presentado antes de cumplirse el periodo de espera estipulado en la Sección II.4. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera.**
- **Medicamentos o drogas o sustancias que no estén prescritos por el médico tratante y además autorizados y registrados ante la Secretaría de Salud y por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para su venta y uso en el país, y que su actividad farmacológica esté indicada para el padecimiento reclamado, y/ contar con la aprobación por la FDA (Food and Drug Administration), principalmente encaso de ser adquirido en el extranjero y se cuente con la cobertura.**
- **Tratamientos experimentales, drogas o medicamentos o estudio médico no reconocidos por las normas oficiales mexicanas para la prevención y control de las enfermedades, publicadas por la Secretaría de Salud.**
- **Honorarios de médicos y de enfermeras, no titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de la medicina, y además que sean familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.**
- **Los tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y**

quimioterapia que no estén prescritos por el correspondiente médico especialista de la enfermedad.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (estético) que no sean indispensables a consecuencia de un accidente o padecimiento cubierto por la póliza.
- Tratamientos de rehabilitación física cuando estos no sean prescritos al Asegurado, relacionados con la enfermedad o accidente y a consecuencia de un padecimiento cubierto por la póliza.
- Tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales que no sean indispensables a consecuencia de una enfermedad o un accidente cubierto por la póliza y que sean debidamente sustentados con radiografías que corroboren el daño sufrido por el accidente.
- Tratamientos de acupuntura u homeopáticos proporcionados por personas sin cédula profesional o certificación vigente que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.
- Tratamientos quiroprácticos que no sean prescritos por un Médico con cédula profesional y legalmente autorizado, como parte del tratamiento médico derivado de un padecimiento cubierto por esta póliza.
- Tratamientos basados en Medicina Alternativa, con beneficio incierto y/o con fines preventivos aun siendo prescritos por el (los) médico(s) tratante(s) y/o por personas que no se apeguen con la definición de Médico de estas Condiciones Generales
- Queda excluido cualquier gasto médico derivado de cualquier tipo de medicamento que sea aplicado al Asegurado para tratar enfermedades o síntomas diferentes a los que se mencionan en las indicaciones terapéuticas del medicamento de que se trate, aun siendo prescritos por el (los) médico(s) tratante(s).
- Aparatos ortopédicos y de prótesis que no requiera el asegurado como consecuencia de un padecimiento cubierto por la póliza. Así mismo no se cubre el reemplazo de prótesis.
- Transfusiones de sangre, plasma, sueros y soluciones intravenosas que no sean requeridas como consecuencia de un padecimiento cubierto.
- Los gastos médicos de emergencias médicas de complicaciones de tratamientos médicos no cubiertos, salvo especificados en la Sección II.2 de estas condiciones generales.
- Malformaciones o padecimientos congénitos o genéticos, salvo lo estipulado en la Sección II.2 Coberturas.
- Cirugía o tratamiento médico de estrabismo, de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
- Tratamiento psiquiátrico, psicológico y psíquicos, salvo lo estipulado en la Sección II.2 Coberturas.

- Tratamiento de trastornos de la personalidad, emocionales o mentales que no sean derivados directamente de una alteración organo-funcional, así como cualquiera de sus consecuencias. Adicionalmente, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguaje, cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas.
- Padecimientos o lesiones que resulten por culpa del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol, salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.
- Enfermedades o afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.
- Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.
- Calvicie, anorexia, bulimia, acné y nevus, cualquiera que sea su causa.
- Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos para reducción de peso o para control de obesidad, cualquiera que sea su causa, salvo lo estipulado en la Sección II.2 de estas Condiciones Generales.
- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos el embarazo múltiple, parto prematuro o abortos voluntarios, provocados o inducidos.
- Gastos derivados de Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante incluyendo todos los gastos del Recién Nacido.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos contra la impotencia sexual excepto que sean consecuencia directa de un siniestro amparado.
- En el caso de trasplante de órganos, no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, excepto gastos relacionados con las pruebas de compatibilidad entre el donador y el Asegurado, gastos de recuperación intrahospitalaria, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación al asegurado, así como cualquier tipo de complicación derivada de éste, salvo lo estipulado en la Sección II.1 de estas condiciones generales.
- No se cubrirán gratificaciones o remuneraciones de ninguna índole que llegará a recibir el donador de órganos.
- Tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía, cualquiera que sea su causa, salvo lo estipulado en la Sección II.2 de condiciones generales.
- Anteojos y lentes de contacto

- Tratamiento con fines profilácticos y preventivos, vacunas, curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (*Check-up*), los exámenes y/o estudios para diagnósticos diferenciales, los medicamentos para la disfunción eréctil.
- Productos que funcionan como complemento alimenticio, como, por ejemplo: vitaminas, proteínas, leches, fórmulas lácteas, entre otras.
- Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste. Salvo la cama extra en caso de hospitalización.
- Gastos médicos no relacionados con el tratamiento médico, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos, y dermo-cosméticos, medias, alimentos de acompañante, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro civil, entre otros.
- Suicidio o intento de suicidio, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- Lesiones autoinfligidas, mutilación voluntaria, y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
- Lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, salvo las lesiones producidas por asalto que hayan sido notificadas al Ministerio Público.
- Lesiones sufridas cuando resulte de la participación directa del asegurado en homicidios o actos delictuosos intencionales.
- Lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte, salvo pacto en contrario.
- Lesiones producidas como consecuencia de la práctica, ya sea profesional o amateur, de los siguientes deportes peligrosos, como, por ejemplo: alpinismo, automovilismo, aviación deportiva, paracaidismo, salto de *bungee*, gimnasia olímpica, lucha grecorromana, acrobacia, motocross, espeleología, box, parapente, parkour, rafting, rápel, salto BASE, skateboarding, surf, wingsuit flying, tauromaquia, entre otros.
- Padecimientos o lesiones que se originen por practicar o participar en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de

- vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- **Por la conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, utilizados para fines laborales o profesionales, ya sea como piloto o acompañante, salvo pacto en contrario.**
 - **No se ampara las lesiones que sufran los asegurados, cuando se originen por viajar en aviación privada en calidad de tripulante, pasajero, o sean mecánicos aéreos, así como, por realizarlo en taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la Dirección General de Aeronáutica Civil o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de pasajeros, salvo que sean solicitados por convenio expreso y por escrito.**
 - **Cualquier gasto médico que no esté expresamente citado en la Sección II Coberturas.**
 - **Exclusiones que figuren en los endosos anexos a la póliza.**
 - **Responsabilidad civil de cualquier carácter jurídico derivada del servicio recibido.**
 - **No se reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social, o cualesquiera otros semejantes con atención gratuita.**

SECCIÓN V. CLÁUSULAS GENERALES

1. OBJETO DEL CONTRATO

PLENIT pagará los gastos erogados por atención médica realizados durante la vigencia de la póliza para el restablecimiento de la salud derivado de un accidente y/o enfermedad cubierto, bajo los lineamientos establecidos en las presentes condiciones generales, en la carátula de la póliza y los endosos adheridos a la misma.

2. CONTRATO

El Contrato de Seguro está conformado por las presentes condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud del Seguro que el contratante, asegurado titular o asegurado han firmado y entregado a la compañía, la Póliza, la carátula de Póliza, Condiciones generales, Tabulador de Honorarios Médicos o Quirúrgicos, los recibos de pago, endosos, cuestionarios Médicos y condiciones especiales.

La solicitud de Seguro de Gastos Médicos, cuestionarios adicionales, anexo de la solicitud de Seguro de Gastos Médicos, el clausulado general y las condiciones especiales de contratación, la póliza, endosos, tabuladores de honorarios médicos y tabuladores de servicios terapéuticos y de enfermería, y cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración de este, serán considerados también parte integrante en términos de lo descrito en este contrato.

3. VIGENCIA DEL CONTRATO

El periodo de validez de este contrato inicia y termina en la fecha y hora indicadas en la carátula de la Póliza.

El periodo del seguro será de un año y coincidirá siempre con el plazo que cubre la prima respectiva y que se indica en la carátula de la póliza.

4. TERRITORIALIDAD

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de la República Mexicana a consecuencia de un padecimiento cubierto.

En caso de contratar la cobertura adicional de Emergencia en el Extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo con lo establecido en estas Condiciones Generales para dichas coberturas adicionales.

PLENIT podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

5. RESIDENCIA

Para efectos de este contrato, sólo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que residan permanentemente dentro de la República Mexicana.

6. MONEDA

Los valores del Contrato de Seguro están denominados en Moneda Nacional. Los montos que aparecen en este documento se reflejan de acuerdo con la Moneda o unidad de valor elegida al momento de la contratación. Todos los pagos en el Contrato de Seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional al tipo de cambio que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, del día en que se realicen dichos pagos de conformidad con el artículo 8° de la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago.

La Moneda en que se emitió este Contrato de Seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de Moneda en Suma Asegurada ni Prima.

7. NOTIFICACIONES

Cualquier reclamación o notificación realizada por el contratante y/o asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a PLENIT en su domicilio fiscal indicado en la carátula de la póliza.

Cualquier reclamación o aviso o requerimiento o notificación realizada por PLENIT relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto, o bien a la dirección de correo electrónico que el asegurado titular y/o el contratante señalen por escrito para tales efectos. El Contratante o Asegurado Titular deberá notificar por escrito a PLENIT cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Los agentes no están autorizados para recibir notificaciones a nombre de la Aseguradora, excepto que ésta se lo indicare al Contratante.

8. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, de conformidad con el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Solo tendrán validez las modificaciones acordadas previamente entre el Contratante y PLENIT que consten por escrito en la póliza o mediante Endosos.

9. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Si el contratante y/o asegurado titular desea realizar modificaciones al presente contrato de seguro, se deberá notificar por escrito a PLENIT previo acuerdo de las partes y haciéndose constar mediante cláusulas adicionales o endosos a la póliza del seguro, considerando cuando proceda el ajuste necesario a las primas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona sin autorización de la Aseguradora carecen de facultades para efectuar modificaciones o correcciones al Contrato de Seguro y sus Endosos.

10. PRIMAS Y OBLIGACIONES DE PAGO

La prima de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo con su ocupación, zona de contratación, suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro, coberturas adicionales que se contraten, nivel hospitalario, Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, edad y sexo.

En cada renovación o inclusión(es) de asegurado(s), la prima se determinará de acuerdo con edad alcanzada, y a las demás condiciones arriba mencionadas, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha.

Las primas se cubrirán de acuerdo con lo indicado a continuación:

- Las Primas convenidas en su totalidad deberán ser pagadas por el Contratante.
- La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y la obligación corresponderá a la Prima anual. La Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración y en este caso se aplicará la tasa de financiamiento que fije PLENIT al momento de la celebración del contratante.
- 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.
- El Contratante cuenta con un Periodo de Gracia de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia del recibo para liquidar la Prima o la fracción correspondiente que se indica en el mismo. 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.
- Los recibos deberán ser pagados por el Contratante a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice la Aseguradora.
- Cuando el medio de pago sea un cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica, el estado de cuenta o recibo donde aparezca el folio o número de confirmación de dicha transacción hará prueba del pago.
- En caso de siniestro, PLENIT podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago, si durante el periodo de gracia no hubiera sido pagada la prima correspondiente. Si las reclamaciones presentadas son procedentes, serán cubiertas por reembolso.

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 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la

solicitud.

12. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de PLENIT cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52, 53 fracción I y 55 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.**
- II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

“Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, 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.)

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de PLENIT 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 sobre los hechos relacionados con el

siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena; fracción VII de la disposición Cuadragésima Cuarta, o la disposición Septuagésima Séptima de las “Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros” publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 19 de noviembre de 2020.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que PLENIT tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

PLENIT consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedara favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

En caso de que el asegurado cambie su ocupación diferente a la que tenía al momento de contratar su póliza, o realice una actividad o deporte

peligrosos excluido en estas condiciones generales, y que conlleve a un riesgo diferente al aceptado inicialmente, deberá avisar por escrito a PLENIT y ésta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación.

Si PLENIT acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, en caso contrario excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el asegurado no avisa por escrito a la compañía, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

13. OTROS SEGUROS

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.

Si al momento de la reclamación por algún padecimiento, las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras o instituciones, el asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

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

14. EDAD

El límite de edad de aceptación para nuevos asegurados es hasta los 75 años pudiendo renovarse de forma vitalicia, excepto para las siguientes coberturas:

- Cobertura de Emergencia en el extranjero: la edad de aceptación es a partir del día 31 para recién nacidos hasta los 64 años para nuevos asegurados y 70 para renovaciones.

Si a consecuencia de la inexacta declaración la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para los asegurados y PLENIT reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado.

La devolución del importe correspondiente se realizará dentro de los 30 días hábiles siguientes a la rescisión mediante cheque o transferencia electrónica.

“Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II.- Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

IV.- Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar hasta la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.” (Artículo 172, Ley sobre el Contrato de Seguro).

PLENIT se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados. Una vez comprobada la edad, PLENIT hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

15. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

• ALTA DE ASEGURADOS

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos por PLENIT podrá ser incluida en el Contrato de Seguro mediante solicitud del Contratante o Asegurado Titular y aceptación de PLENIT, conforme a las pruebas de asegurabilidad que está facultada para pedir.

Para que los hijos recién nacidos queden cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la póliza misma, se debe cumplir con que la Madre Asegurada que dé a luz tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del parto o cesárea y, se notifique a PLENIT dentro de los treinta (30) días naturales posteriores a ocurrido el nacimiento.

En ambos casos PLENIT cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del alta hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En caso de aumento de beneficios en este Contrato de Seguro, PLENIT cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

Una vez aceptada la inclusión del Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

• BAJA DE ASEGURADOS

La notificación para dar de baja a algún(os) de (los) Asegurado(s) de la póliza deberá ser por escrito y firmado por el Asegurado titular o Contratante.

En caso de baja de algún Asegurado dentro de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, PLENIT devolverá el 100% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza, excluyendo por su propia naturaleza, la devolución del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y en su caso, de los recargos por pago fraccionado.

En caso de baja de algún Asegurado después de los primeros 30 días de vigencia de la póliza, PLENIT devolverá el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

Dicha prima será devuelta mediante solicitud por escrito del Contratante en un plazo no mayor a 30 días hábiles contados a partir de la recepción de la solicitud.

En caso de solicitar la baja de algún(os) Asegurado(s) de la Póliza o disminución de beneficios, deberá realizarse por escrito con firma del Contratante o Asegurado Titular. La baja aplicará a partir de la fecha de la solicitud de la misma y por lo tanto los beneficios del seguro para estos Asegurados cesarán desde ese momento, devolviéndose al Contratante 60% (sesenta por ciento) de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (prima no devengada) sin incluir derechos, recargos e impuestos de la póliza.

En ningún caso procederá la devolución de la prima antes mencionada, cuando se tengan siniestros abiertos.

16. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES RESCISIÓN DEL CONTRATO

El contratante y asegurados están obligados a declarar por escrito a la compañía, de acuerdo con la solicitud y cuestionarios respectivos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a PLENIT para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

“El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato”. (Artículo 8 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado”. (Artículo 9 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario”. (Artículo 10 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro”. (Artículo 47 Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

17. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Serán causa de terminación o rescisión del presente contrato:

- Omisiones o inexactas declaraciones.
- Agravación del Riesgo.
- Falta de pago de primas.
- A solicitud del contratante:

En caso de que el Contratante solicite la cancelación de la póliza, dentro de los 30 primeros días naturales de vigencia de la póliza, PLENIT devolverá el 100% de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos en el caso de existir.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, PLENIT devolverá el 60% (sesenta por ciento) de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos en el caso de existir.

El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato, presentando una solicitud por escrito en las oficinas de la Aseguradora o por el medio por el que hubiera contratado el seguro.

Para efectos de lo anterior el Contratante deberá adjuntar a la solicitud una identificación oficial vigente del mismo que formule la solicitud, posterior a ello, la aseguradora le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

La Aseguradora confirmará la fecha de terminación del contrato al Contratante, a través de los mismos medios bajo los cuales se realizó la solicitud, a su vez devolverá al Contratante la parte no devengada del resultado de restar a la prima neta pagada el costo de adquisición y el monto de siniestros ocurridos procedentes conocidos hasta la fecha de terminación del contrato, en caso de 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 realizará nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior y el Contratante deberá devolver la prima completa devuelta 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.

La devolución al Contratante se realizará en un plazo no mayor a 30 (treinta) días hábiles posteriores a la fecha de terminación del contrato, siempre y cuando no exista(n) siniestro(s) abierto(s) en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada. **En ningún caso procederá la devolución de la prima antes mencionada, cuando se tengan siniestros abiertos.**

En todo caso, PLENIT no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del contrato sin que exista una causa justificada.

18. REHABILITACIÓN

En el caso que este Contrato de Seguro, se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su Rehabilitación si dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al término del Periodo de Gracia señalado en las definiciones y en la cláusula “11. PRIMAS Y OBLIGACIONES DE PAGO”, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

PLENIT podrá otorgar la Rehabilitación respetando la Vigencia originalmente pactada, de acuerdo con sus políticas de aceptación y de Rehabilitación vigentes.

Para tal efecto se requiere que el asegurado:

- a) Presente los documentos necesarios establecidos por PLENIT para solicitar su rehabilitación.
- b) Presente los requisitos de asegurabilidad que PLENIT determine para la evaluación de su estado de salud.
- c) Presente una carta de no siniestro, indicando que durante el tiempo en el que se incurrió en un periodo al descubierto, no ocurrió ningún siniestro y que está consciente que en caso de haber ocurrido este y no haber sido declarado, no quedará cubierto por la compañía, además de haber incurrido en omisiones e inexactas declaraciones, que podrían facultar a PLENIT para dar por terminado el contrato a través de un acto de rescisión.

Para que PLENIT otorgue al Contratante la Rehabilitación, es necesario que este pague la prima del Periodo al Descubierto que corresponde al costo de Rehabilitación.

Los efectos del presente seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. En caso de que el comprobante de pago no contenga la hora se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero doce horas de la fecha de pago.

En ningún caso, PLENIT cubrirá Siniestros ocurridos durante el Periodo al Descubierto, así como Accidentes, Enfermedades y sus complicaciones detectadas durante este periodo, aun cuando el Asegurado ingrese a un Hospital o se encuentre en tránsito para atención de alguna enfermedad y/o accidente.

19. RENOVACIÓN

Este Contrato se considerará renovado, por periodo de un año, si dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo, si el Contratante no da aviso por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

La Renovación otorga el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) Respetando la Fecha de Alta del Asegurado con PLENIT,
- b) Sin requisitos de Asegurabilidad y
- c) Sin modificar los Periodos de Espera en perjuicio del Asegurado.

La Renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho *de antigüedad adquirido por el asegurado*; en cada Renovación, PLENIT podrá modificar la redacción con fines de clarificar: Definiciones, Cobertura Básica, Coberturas adicionales con costo, Cláusulas generales y Servicios de

Asistencia.

PLENIT informará al Asegurado con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la fecha de renovación de la póliza, los valores de la prima, deducible o cualquier coaseguro aplicable a la misma.

En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al plan, si el Asegurado no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.

En caso de que el asegurado cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de Plenit.

Cuando se incorporen a la práctica médica tratamientos, medicamentos o biológicos innovadores, nuevos desarrollos tecnológicos y/o dispositivos médicos emergentes cuya aprobación por la agencia regulatoria del país de origen, por la FDA, la EMA o por la Cofepris, haya ocurrido con posterioridad a la fecha de registro de este producto, al momento de la renovación del Contrato de Seguro, PLENIT podrá modificar la participación del Asegurado hasta en 50 (cincuenta) puntos porcentuales de Coaseguro, sin que aplique un tope en la cobertura de los gastos derivados de dicho tratamiento, medicamento o biológico innovador, de los nuevos desarrollos tecnológicos o dispositivos médicos emergentes, lo anterior con la finalidad de poder mantener la continuidad de la cobertura ofrecida por este Contrato de Seguro, y la congruencia con las condiciones originalmente contratadas.

Por práctica médica, tratamientos, medicamentos o biológicos innovadores se entenderá a la aplicación clínica de avances científicos y tecnológicos en medicina que representan un cambio significativo respecto a los estándares actuales. Incluye:

1. Tratamientos innovadores:
 - Terapias con efectividad superior o mecanismos de acción novedosos (ej.: terapia génica, inmunoterapia contra el cáncer).
 - Medicamentos de nueva generación (ej.: anticuerpos monoclonales, ARN mensajero).
 - Productos biológicos avanzados (ej.: terapias celulares, CRISPR).
2. Nuevos desarrollos tecnológicos:
 - Inteligencia artificial aplicada a diagnóstico o tratamiento.
 - Telemedicina avanzada (monitoreo remoto con wearables).
 - Realidad virtual/aumentada en rehabilitación o cirugía.
3. Dispositivos médicos emergentes:
 - Equipos con tecnología disruptiva (ej.: robótica quirúrgica, impresión 3D de órganos).

Para cualquier nuevo tratamiento, técnica, dispositivo, medicamento y solución tecnológica aprobado por la FDA (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration) y por la COFEPRIS (por sus siglas en español Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) en que la diferencia de su costo sea mayor al 20% respecto a lo que usualmente costaba, PLENIT determinará a la renovación los límites, alcances y participación del Asegurado en estos nuevos beneficios.

20. CAMBIO DE PLAN:

Opción que PLENIT otorga al Contratante o Asegurado Titular para finalizar su Contrato de Seguro durante la Vigencia de la Póliza y celebrar un nuevo Contrato de Seguro en un producto distinto que se encuentre vigente y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) por parte de PLENIT, este Contrato de Seguro tendrá términos y Condiciones Generales diferentes.

Para solicitar dicho cambio, el Contratante o Asegurado Titular deberá solicitar la terminación del Contrato de Seguro vigente, llenar y firmar la Solicitud de Seguro y Cuestionario Médico con la finalidad que PLENIT realice el proceso de selección médica del nuevo producto.

PLENIT puede o no aceptar el Cambio de Producto de acuerdo con las políticas de Cambio de Producto vigente.

En caso de ser aceptado el cambio de Producto, PLENIT deberá notificarlo por escrito, respetando la Fecha de Alta de la Póliza anterior y la Fecha de Alta de las Coberturas Adicionales con costo.

El Asegurado al solicitar un cambio de plan, acepta expresamente que su Contrato de Seguro se cancela para celebrar un nuevo Contrato de Seguro en condiciones diferentes a las originalmente contratadas

21. 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 5 (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.

22. PROCEDIMIENTOS PARA PAGO DE SINIESTROS

En caso de siniestro se deberá presentar toda la documentación necesaria a la Aseguradora para que se realice el pago de los Gastos Médicos cubiertos por la Póliza, de acuerdo con lo siguiente:

Documentación necesaria para el trámite de siniestros	Reembolso	Programación de cirugía y/o atención
Aviso de Accidente y /o enfermedad	Si	Si
Informe Médico	Si	Si
Copia de estudios realizados para dictamen	Si	Si
Identificación oficial del asegurado	Si	Si
Copia de acta levantada del ministerio público *	Si	Si
Relación de gastos cobrados	Si	No
Bitácora asistencia firmada en caso de terapias o sesiones *	Si	No

* Solo en el caso de que el evento lo amerite

Las formas y los procedimientos para el pago de Siniestros son los siguientes:

- **Pago Directo.** Es el procedimiento mediante el cual la Aseguradora liquida de forma directa los gastos de la atención médica de un Padecimiento cubierto a los proveedores de la red médica contratada según el tipo de plan.
- **Reembolso.** Es la forma mediante el cual el Asegurado liquida de forma directa los gastos de la atención médica de un Padecimiento cubierto. El pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA) correspondiente a los Gastos Médicos reembolsados, será cubierto por la Aseguradora. Cualquier otro tipo de impuesto, no será reembolsado.
- **Programación de cirugías.** Bajo este procedimiento si el Asegurado y su Médico programan una cirugía de un Padecimiento cubierto dentro del periodo de Cobertura de la Póliza, este podrá ser aprobado de manera anticipada dando al asegurado seguridad en cuanto a las condiciones de la cobertura, pago y procedencia del tratamiento a realizar.

Si al contar con la documentación definitiva para el pago del Siniestro, la causa que lo motivó o la información proporcionada, fuera diferente a la que se presentó en la cirugía programada la procedencia del Siniestro se determinará con las últimas pruebas. En caso de resultar improcedente, el Asegurado cubrirá el monto de la reclamación.

La aseguradora se reserva el derecho de solicitar información adicional o, en su caso, verificar directamente en el Hospital el procedimiento quirúrgico.

- **Segunda Valoración Médica.** Cuando exista duda por parte de la Aseguradora referente al Padecimiento, tratamiento y/o procedimiento por el cual se esté tramitando una reclamación, PLENIT solicitará al Asegurado se someta a una segunda valoración médica con un Médico especialista en la materia que la Aseguradora designe, con la finalidad de verificar la procedencia de la reclamación. La segunda valoración médica no tiene costo para los Asegurados.

PRUEBAS Y COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

Pruebas

Cuando se derive alguna obligación para la Aseguradora, el reclamante, además de entregar las formas de declaración que le sean proporcionadas, deberá presentar 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.

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 Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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.

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 beneficiario, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.

Si en cualquiera de las obligaciones que tiene el Contratante, Asegurado o beneficiario con respecto al contrato, cometiera una omisión o negligencia, y a causa de este hecho la Aseguradora realiza un pago incorrecto o improcedente, el Contratante estará obligado a reintegrar dicho pago

SINIESTROS 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 de la Prima vencida que no ha sido pagada.

COMPENSACIÓN DE PRIMAS CONTRA SINIESTROS

La Aseguradora tendrá el derecho de compensar las Primas que se le adeuden, con la indemnización debida al Asegurado de acuerdo con el Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

SUMA ASEGURADA APLICABLE AL SINIESTRO

La Suma Asegurada aplicable al Siniestro se determinará por la cantidad que haya estado vigente cuando fue erogado el primer gasto del Siniestro.

Una vez determinada dicha Suma Asegurada, permanecerá constante hasta que se extinga cualquier derecho relativo al Siniestro.

Cuando la Suma Asegurada asignada a un Siniestro se agote, ésta no será reinstalable para el mismo Siniestro.

GASTOS EN MONEDA EXTRANJERA

En caso de que los Gastos Médicos se hayan efectuado en moneda extranjera, la indemnización que proceda conforme a las condiciones de la Póliza se efectuará en Moneda Nacional al "Tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana" el cual haya publicado el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación vigente al día en que se efectúe la indemnización por parte de la Aseguradora.

APLICACIÓN DE DEDUCIBLE, COASEGURO Y SUMA ASEGURADA

El Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro y Suma Asegurada aplicables en cada siniestro reclamado, que están estipulados en la carátula de Póliza, salvo aquellos gastos, padecimientos y procedimientos quirúrgicos en donde se especifique lo contrario.

- **En caso de Accidente**

Salvo pacto expreso en contrario, en las reclamaciones por Accidente se indemnizarán los Gastos Médicos cubiertos, sin aplicación de Deducible y hasta el límite de la Suma Asegurada contratada, después de ajustarlos a los límites establecidos en el contrato. La eliminación anterior de deducible se aplicará hasta deducibles de **\$75,000.00 (setenta y cinco mil pesos 00/100 M.N.)**

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se considerarán como un solo evento.

Cuando la atención médica sea brindada después de 90 días de ocurrido el Accidente, dicho evento será considerado como Enfermedad.

- **En caso de Enfermedad**

Cuando el Asegurado presente una reclamación por Enfermedad, la indemnización correspondiente se calculará de la siguiente forma:

1. Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos después de ajustar cada concepto a los límites establecidos en el contrato.
2. Al resultado anterior, se le restará el Deducible correspondiente.
3. Se calculará el Coaseguro convenido, considerando en su caso el Tope de Coaseguro contratado, y se restará el importe obtenido al resultado de la resta anterior.
4. Del monto resultante, se pagará hasta el límite de la Suma Asegurada contratada.

- **Deducible por familia**

Cuando dos o más miembros de la Familia Asegurada en la misma Póliza, sufran una misma Enfermedad con un periodo de diferencia de hasta 30 días, contados a partir de la fecha en que inició la primera Enfermedad, se aplicará un solo Deducible.

- **Tope de Coaseguro**

El Tope de Coaseguro no se aplicará a los Coaseguros indicados en los Endosos y Coberturas que se adhieran a estas Condiciones generales.

De igual forma, no se impondrá Tope de Coaseguro para los gastos, padecimientos y procedimientos quirúrgicos que indiquen un Coaseguro determinado.

HOSPITALES O SANATORIOS DE BENEFICENCIA

La aseguradora no reembolsará al reclamante ningún pago o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social., o cualesquiera otros semejantes de atención gratuita.

TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Listado de los montos de honorarios médicos por tipo de procedimiento, que PLENIT cubrirá por cada Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto. Este monto presentado por procedimiento incluye los honorarios de cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos que intervienen en el Evento Médico. El Tabulador Médico establece el monto máximo a pagar por PLENIT para cada uno de estos conceptos. El listado correspondiente puede consultarse en el documento Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, que se encuentra publicado en la página de internet www.plenit.mx

El Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que se utilizará para determinar el monto de siniestro procedente, será el que se encuentre vigente al momento de la reclamación.

El Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos aplicable a gastos médicos efectuados en territorio nacional lo podrá consultar en la página web www.plenit.mx. En el caso de los honorarios médicos y quirúrgicos aplicables en el extranjero, se le proporcionará la información completa al momento de tramitar su siniestro.

PAGO DE GASTOS MÉDICOS COMPLEMENTARIOS.

Si la Póliza es renovada de forma ininterrumpida en la Aseguradora y existe Suma Asegurada disponible para el Siniestro, se continuarán pagando los gastos complementarios de los Siniestros ocurridos en vigencias anteriores de la Póliza contratada con la Aseguradora hasta la Suma Asegurada vigente a la fecha de inicio del siniestro.

PLAZO PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIONES.

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Aseguradora pagará al Asegurado o 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.

23. 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, beneficiario una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de las Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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.

“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.”

24. PERIODO DE BENEFICIO

Siempre que exista Suma Asegurada disponible para el Siniestro, al Asegurado que esté recibiendo algún tipo de atención Hospitalaria al momento de finalizar la vigencia de la Póliza y esta no sea renovada, se le pagarán los gastos de dicha atención Hospitalaria hasta por 30 días posteriores a partir de la fecha de terminación de vigencia de la Póliza.

No procederán reclamaciones a consecuencia de un Padecimiento cuyo origen este fuera de la vigencia de la Póliza.

El monto de los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza y hasta por 30 días naturales posteriores al término de la misma. Si el Asegurado renueva su póliza de Seguro de Gastos Médicos individual para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta póliza, el periodo de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días. Dicha prorroga también será aplicable en caso de cambio de Plan solicitado por el Asegurado y aceptado por PLENIT. Lo anterior siempre y cuando el nuevo Plan cubra la Enfermedad y/o Accidente dentro de la Cobertura básica.

Si por causas atribuibles a PLENIT se genera un periodo al descubierto, no será aplicable en perjuicio del asegurado. Si la póliza se cancela por falta de pago, PLENIT cubrirá los gastos erogados a consecuencia de siniestros cubiertos y ocurridos en la vigencia del contrato, incurridos en los treinta días siguientes al vencimiento del recibo pendiente de pago, conforme a la establecido en los Artículos 35, 36 y 37 de la Ley del Contrato del Seguro o hasta agotar la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

“ARTÍCULO 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización de riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

ARTÍCULO 36.- En caso de duda, las primas ulteriores a la del primer periodo del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo.

ARTÍCULO 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.”

En caso de cancelación de la póliza a solicitud del contratante; por omisiones o inexactas declaraciones conforme a lo señalado en la cláusula o por agravación del riesgo conforme a lo señalado en las cláusulas generales de este contrato o en caso de baja de un Asegurado, la compañía quedará relevado de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos erogados posteriormente a la fecha de cancelación de la póliza, o a la fecha de baja del Asegurado.

25. PREEXISTENCIA.

La Aseguradora podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento preexistente cuando cuente con las siguientes pruebas:

- A. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente Médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**
- B. Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente Médico, para resolver la procedencia de la reclamación, o**
- C. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un Tratamiento Médico del Padecimiento de que se trate.**

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la Preexistencia de Padecimientos, la Aseguradora como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen Médico.

Al Asegurado que se hubiera sometido al examen Médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de Preexistencia respecto de Enfermedad o Padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen Médico.

En caso de que el Asegurado manifieste la existencia de un Padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, PLENIT podrá aceptar o no dar Cobertura para el Padecimiento declarado.

26. ARBITRAJE MÉDICO.

Cuando la Aseguradora determine como improcedente la reclamación de los Gastos Médicos por un Padecimiento considerado preexistente, de conformidad con la cláusula de "Preexistencia" de estas Condiciones generales, y a elección del Contratante y/o Asegurado, se podrá resolver esta controversia mediante un Arbitraje Médico independiente. Para tal efecto, el Contratante y/o Asegurado comunicará por escrito a la Aseguradora su decisión de someterse al Arbitraje Médico.

Posteriormente, mediante escrito firmado por ambas partes, se solicitará a una Institución de

Salud de Asistencia Pública o Privada o cualquier otro organismo, que designe a un perito Médico de la especialidad relacionada con el Padecimiento considerado como preexistente, para que funja como árbitro.

Una vez designado el árbitro, dentro de los 15 (quince) días hábiles posteriores a tal designación, las partes junto con el árbitro, se pondrán de acuerdo y establecerán el procedimiento, firmando paratal efecto el convenio arbitral. Las partes aceptarán la resolución emitida, y las vinculará teniendoel carácter de cosa juzgada.

Por el hecho de que el Contratante y/o Asegurado decida resolver la diferencia por la Preexistencia de un Padecimiento mediante el Arbitraje Médico, se considera que renuncia a cualquier otro procedimiento de carácter judicial o administrativo que la Ley conceda a su favor para dirimir esta controversia, con la excepción de que sea imposible designar un árbitro, caso en el que quedarán a salvo sus derechos para ejercerlos ante los Tribunales Competentes.

Para garantizar la independencia e imparcialidad del árbitro designado para resolver esta controversia, éste no deberá tener ningún interés en el resultado de la misma, ni podrá ser amigo, enemigo, familiar, ni conocido del Contratante y/o bien de familiares, así como de los empleados o funcionarios de la Aseguradora. En caso de que alguna de las partes conozca que existe alguna de estas circunstancias, lo manifestará por escrito a la otra parte, para que el árbitro nombrado abandone la controversia, y se designe a otro árbitro, siguiendo el procedimiento antes señalado.

El Contratante y/o Asegurado podrá utilizar esta cláusula sólo cuando la Aseguradora rechace su reclamación, por considerar que el Padecimiento es preexistente. Sin embargo, si existiere alguna otra razón a la antes señalada por la cual se estime también como improcedente la referida reclamación, la controversia que llegare a suscitarse será resuelta por la autoridad judicial competente.

Este procedimiento será sin costo alguno para el Contratante y/o Asegurado, y en caso de existir, será liquidado por la Aseguradora.

27. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años contados 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, dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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 sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, asimismo 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.

28. COMPETENCIA.



En caso de controversia, el Contratante, el Asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), que se encuentra ubicada en Calle 29 Sur no. 127, Colonia La Paz, ciudad de Puebla, Puebla, C.P. 72160 con un horario de atención de Lunes a jueves, de 10:00 a 18:00 horas, y viernes de 10:00 a 15:00 horas, así como nuestra atención telefónica al 22 26 90 71 10 y correo electrónico une@plenit.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes sur #762, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez o consulte <http://www.condusef.gob.mx/gbm/?p=mapa-delegaciones> para ubicar la oficina más cercana asu domicilio o comunicándose al teléfono (55) 5340-0999 o al 800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx ; 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.

29. SUBROGACIÓN

La empresa aseguradora que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado.

Si el daño fue indemnizado solo en parte, el asegurado y la empresa aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el asegurado tenga relación conyugal o de parentesco, por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el daño, o bien si es responsable de la misma.

Los datos de contacto de nuestra Unidad Especializada y de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) para consultas o reclamaciones relacionadas con este seguro:

Unidad Especializada (UNE)

Ubicación: Calle 29 Sur no. 127, Colonia La Paz, ciudad de Puebla, Puebla, C.P. 72160

Teléfono: 22 26 90 71 10

Correo electrónico: une@plenit.mx

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

CONDUSEF

Ubicación: Av. Insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México

Teléfono: (55) 5340-0999 y 800-999-8080

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Horario de atención: consulte la información relativa a los horarios de atención de la oficina más cercana en <http://www.condusef.gob.mx/gbm/?p=mapa-delegaciones>

PLENIT hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso de privacidad íntegro en www.plenit.mx

SECCIÓN VI. ARTICULOS IMPORTANTES PARA EL CONTRATANTE Y ASEGURADO(S)

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis. - Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el

procedimiento.

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 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 efectúa 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.”

Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se

dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 25.- Si el contenido de esta póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba esta póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza o de sus modificaciones.

Artículo 26.- El artículo anterior deberá insertarse textualmente en la póliza.

Artículo 33.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización de riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Artículo 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

Artículo 40.- 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.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

- II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 66.- 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 empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa 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 de que trata el artículo anterior.

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 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

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 27 de noviembre del 2025 con el número CNSF-S0132-0401-2025/CONDUSEF