



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

Condiciones Generales

Accidentes Personales Individual

Esthela



Contenido

Aviso de Privacidad	3
Sección 1. Definiciones	4
Sección 2. Objeto del seguro.....	7
Sección 3. Descripción de Coberturas	8
3.1 Coberturas básicas.....	8
Muerte Accidental	8
3.2 Coberturas Adicionales	8
Gastos funerarios por muerte accidental.....	8
Pérdidas orgánicas por accidente.....	9
Reembolso de gastos médicos por accidente	10
Indemnización diaria por accidente	11
Sección 4. Servicios de Asistencia	11
Asistencia Médica Activa	11
Servicio de Asistencia Psicológica por Videoconsulta o Vía Telefónica	13
Sección 5. Exclusiones generales.....	14
Sección 6. Cláusulas Generales	15

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 1. Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa súbita, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria, que produce lesiones corporales o la muerte del Asegurado dentro de los primeros 30 (treinta) días siguientes de la fecha en la que ocurrió el accidente. Todas aquellas lesiones sufridas en un accidente se considerarán como un solo evento. No se considerarán las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Asegurado(s)

La persona cuyo nombre aparece en la carátula de la Póliza y que se encuentra amparado ante los riesgos cubiertos por el presente contrato de seguro, el cual cumple con todos los criterios de elegibilidad de la póliza y las coberturas, especificadas en las presentes condiciones generales.

Asegurado Titular: Persona física entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años de edad, que fue designada como tal en la carátula de la Póliza, que cumple todos los requisitos de elegibilidad de este contrato, el cual tiene el derecho de recibir los beneficios de las indemnizaciones a que hubiere lugar basadas en el presente contrato, será quien ejerza los derechos de los asegurados ante la compañía.

Asegurado Dependiente: Corresponde a cónyuge, concubina (o) o concubinaria (o) con edad entre 18 (dieciocho) y 65 (sesenta y cinco) años de edad, hijos de hasta 24 (veinticuatro) años de edad, que dependan económicamente del asegurado titular, quienes cumplen con todos los requisitos de elegibilidad de la presente póliza.

Beneficiario

Persona(s) designada(s) en la póliza por el Asegurado para recibir el beneficio del seguro.

Compañía

PLENIT COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. es la institución de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, responsable de administrar y pagar las indemnizaciones relativas a este contrato, denominada de aquí en adelante PLENIT.

Contratante

Es aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para un tercero, además de comprometerse a realizar el pago de las primas.

Deducible

Es la cantidad fija establecida en la Carátula de la póliza, que será cubierta por el Asegurado por cada Evento cubierto que se presente en la Vigencia de la póliza. Una vez que el gasto ha rebasado este monto, comienza la obligación indemnizatoria de Plenit. Esta es aplicable en la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por accidente en caso de haberse contratado.

Evento

Es toda afectación que sufre el Asegurado en su salud a consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, así como todas las lesiones, complicaciones, alteraciones, recaídas, secuelas o afecciones derivadas del acontecimiento inicial o del tratamiento del mismo.

Endoso

Documento emitido por la Compañía, el cual está debidamente registrado ante la Comisión nacional de Seguros y Fianzas, que ante previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, adiciona, elimina beneficios o modifica alguno de los elementos contractuales de la Póliza y forma parte del Contrato de Seguro.

Exclusiones

Situaciones, eventos, circunstancias que en caso de presentarse no quedan cubiertos por la Póliza.

Fecha de inicio de vigencia

Es la fecha estipulada en la carátula de la Póliza a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

Fecha de término de vigencia

Es la fecha estipulada en la carátula de la Póliza en la cual concluye la vigencia de la Póliza y las obligaciones de la Compañía.

Gastos Médicos Cubiertos.

Son todos aquellos gastos generados por atenciones médicas, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, necesarios para la atención del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza. Se cubrirán estos gastos hasta su estabilización, restablecimiento de su estado de salud o el agotamiento de la suma asegurada de la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, lo que ocurra primero.

Lugar de residencia

Domicilio habitual donde el Asegurado radica permanentemente. Solo estarán protegidos los Asegurados cuyo domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

Modalidad de contratación

La contratación podrá ser individual y/o familiar, esto último implica que el asegurado puede solicitar protección para sus dependientes económicos, o familiares directos

Ocupación

Actividad que desempeña el Asegurado y de la cual percibe un salario de manera periódica.

Pérdida orgánica

Es la pérdida completa e irreparable de la función de un órgano, la amputación total ya sea quirúrgica o traumática, o el anquilosamiento total de una parte del cuerpo a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

Póliza o Contrato de Seguros

Es el contrato celebrado entre el Contratante y Plenit por virtud del cual esta última se obliga frente al Asegurado, a pagar las indemnizaciones que resulten al producirse alguno de los eventos previstos, siempre que proceda de acuerdo con las coberturas y condiciones contractuales.

El Contrato de Seguro está integrado por la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Certificados Individuales, los Endosos, el Tabulador de Procedimientos Médicos de Plenit y cualquier otro documento que haya sido materia para la celebración del mismo.

Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado ante Plenit, con la finalidad de obtener los beneficios amparados por el presente Contrato a consecuencia de un Accidente. Plenit determina si es o no procedente de acuerdo con las coberturas y alcances del Contrato.

Renovación

Emisión consecutiva del Contrato por un período establecido de tiempo, con el objeto de mantenerlo en vigor.

Suma asegurada

Es la cantidad máxima que pagará la Aseguradora al Asegurado, a consecuencia de un Accidente cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura, esta se aplicará exclusivamente para los accidentes que ocurran dentro del período de vigencia de la póliza.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Aseguradora provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en la carátula de la póliza.

Clínica, Hospital o Sanatorio

Es una institución o establecimiento legalmente autorizado conforme a las autoridades y lineamientos de Salud correspondientes, la cual deberá contar con todas las instalaciones necesarias de acuerdo a las Normas Oficiales en Materia de Salud para brindar la atención

médica y/o quirúrgica de pacientes, así sea de urgencias, ambulatoria u hospitalaria. Que además cuente con el personal médico y de enfermería, titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, que se encuentren disponibles para brindar la atención las 24 horas, los 365 días del año.

Vigencia de la Póliza

Período de validez del contrato, establecido en la carátula de la póliza.

Sección 2. Objeto del seguro

Si el Asegurado sufre un accidente cubierto por la póliza, PLENIT responderá por este hasta el límite de la suma asegurada establecida, ajustándose previamente a las coberturas y limitaciones consignadas en la carátula de la póliza, condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente y pagada al momento en que se origine el siniestro.

2.1. Vigencia de la póliza**2.1.1. Fecha de Vigencia**

La fecha de inicio y terminación de vigencia de este contrato será la que se estipule en la carátula de la póliza.

2.1.2. Renovación

PLENIT renovará la Póliza por períodos iguales y sucesivos, siempre y cuando dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada período de seguro, el Contratante/Asegurado no manifieste a PLENIT su voluntad de no renovar la Póliza.

El pago de la prima acreditada, mediante el recibo emitido en las formas usuales de PLENIT, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

2.1.3. Terminación

La póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Al concluir el plazo de vigencia que aparece en la carátula de la póliza.
- b) Terminado el periodo de gracia sin que se hubiese efectuado el pago de la prima correspondiente.
- c) Si el Asegurado al momento de la renovación, alcanza la edad de cancelación establecida en su caso para cada cobertura.
- d) Cuando la suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más accidentes sufridos por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, agote la suma asegurada contratada correspondiente para cualesquiera de las coberturas afectadas.

- e) Esta póliza quedará cancelada a solicitud del Asegurado de conformidad con la cláusula de Cancelación Anticipada del Seguro.

2.1.4. Cancelación Anticipada del Seguro

Este seguro podrá ser cancelado por el Contratante antes del fin de su vigencia, cuando así lo solicite por escrito a PLENIT, adjuntando para tal efecto una identificación oficial a su petición a efecto de que PLENIT pueda cerciorarse de su identidad. Una vez recibida la solicitud de terminación anticipada PLENIT acusará de recibo la misma para darle trámite o emitirá un número de folio.

La cancelación será efectiva en la fecha en que la solicitud de cancelación sea recibida o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En este caso PLENIT reembolsará por medio de transferencia bancaria electrónica, en un plazo no mayor de 15 días; la prima de riesgo no devengada. Esto no aplica a las coberturas que hubieren presentado siniestro durante el tiempo que estuvo vigente la póliza.

Para efectos de esta cláusula la prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Asegurado menos los porcentajes de gastos y utilidad especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro, la cual deberá contener también el método para devengar la prima, los gastos y la utilidad aquí mencionados.

Sección 3. Descripción de Coberturas

Este es un producto integrado por varias coberturas que funcionan como básicas o adicionales según se contrate.

3.1 Coberturas básicas

Muerte Accidental

La Aseguradora pagará la Suma Asegurada vigente de esta cobertura a los beneficiarios designados si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente cubierto dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que ocurrió este.

La Compañía pagará a él o los beneficiarios designados por el asegurado, la suma asegurada contratada para esta cobertura.

3.2 Coberturas Adicionales

Gastos funerarios por muerte accidental

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

Pérdidas orgánicas por accidente

La Aseguradora pagará la indemnización de esta cobertura al propio Asegurado si el mismo sobrevive a un accidente cubierto, pero por efecto de éste sufre una o varias pérdidas orgánicas dentro de los primeros 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

La indemnización será igual al porcentaje que corresponda a tal pérdida, de acuerdo con la escala de indemnización contratada, multiplicado el porcentaje a indemnizar por la suma asegurada en vigor al momento de ocurrir el siniestro siempre y cuando la cobertura se encuentre amparada en la carátula de la póliza. En caso de existir varias pérdidas ya sea de forma simultánea o en diversos eventos, la indemnización total en ningún caso podrá exceder el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para este beneficio. Una vez cubierto el 100% (cien por ciento) de la suma contratada, ya sea en uno o varios eventos, se dará por concluida esta cobertura por agotamiento de la suma asegurada.

Tabla de Indemnización “Escala A”

Pérdida	Indemnización
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie juntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El dedo índice de cualquier mano	10%

Tabla de Indemnización “Escala B”

Pérdida	Indemnización
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
La vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie juntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%

Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
La audición total de los dos oídos	25%
El índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior	15%
El dedo pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Se debe entender por pérdida de la mano su anquilosamiento total o su separación completa desde la articulación de la muñeca o arriba de ella hacia el codo; por pérdida del pie su anquilosamiento total o su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de la rodilla; por la pérdida de la vista de un ojo se entenderá la desaparición completa e irreparable de la función de la vista del ojo; por pérdida del pulgar o índice su anquilosamiento o la separación de dos o más falanges completas desde la articulación metacarpo o metatarso falángica según sea el caso o por arriba de la misma a nivel del metacarpo o metatarso según corresponda, pero antes de la articulación de la muñeca.

En caso de controversia, la resolución de la indemnización estará sujeta a una segunda valoración de un médico especialista en la materia, el cual será designado por la Compañía.

Reembolso de gastos médicos por accidente

La Aseguradora reembolsará hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura, menos el deducible, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado para la atención de cualquier accidente cubierto por la póliza, incluyendo honorarios médicos y/o quirúrgicos, estudios, medicamentos, gastos hospitalarios, servicios de ambulancia, enfermería, entre otros que se encuentren médicamente justificados para la atención de las lesiones ocasionadas a causa del accidente cubierto. Se reembolsarán estos considerando el Gasto Usual Acostumbrado y Razonable, la zona o región y el tabulador de honorarios de la Compañía para este producto.

No están cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en una institución hospitalaria.

Las cantidades que se reembolsen por los conceptos señalados disminuyen en la misma cantidad la suma asegurada de esta sección.

La responsabilidad de PLENIT termina en la fecha en que el Asegurado sea dado de alta de las lesiones sufridas, por lo que no están cubiertos los gastos que el Asegurado realice con posterioridad a la fecha de alta o hasta el agotamiento de la suma asegurada contratada.

Los gastos cubiertos se reembolsarán por un periodo máximo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días contados a partir de la fecha del accidente que dio origen a la reclamación.

Indemnización diaria por accidente

La Compañía será responsable del pago de 1 (una) renta diaria por cada día de hospitalización del Asegurado como consecuencia de una Accidente Cubierto. Esta cobertura aplicará siempre y cuando hayan transcurrido por los 2 (dos) días de hospitalización del Asegurado, es decir el pago de la renta diaria iniciará a partir del tercer día.

La indemnización se pagará mientras el Asegurado continúe hospitalizado, como máximo por un periodo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año Póliza para cada Asegurado, especificados en la carátula de la Póliza, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados:

- a) Al concluir el número máximo de eventos especificado en la Carátula de la Póliza, o
- b) Hasta 365 (trescientos sesenta y cinco) días de hospitalización, lo que ocurra primero.

En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, con diferencia menor a 72 horas, como consecuencia del mismo Accidente, estas serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de considerar el número máximo de eventos cubiertos para esta cobertura.

Sección 4. Servicios de Asistencia

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

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

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

Asistencia Médica Activa

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

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

- Tratamientos.

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

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

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

1. Video Consulta o consulta telefónica de primera vez previa cita, bajo el siguiente esquema:
 - Conocimiento Médico – Paciente.
 - Recabación de datos para la historia clínica.
 - Estadificación y clasificación de la enfermedad.
 - Establecimiento de metas individualizadas de acuerdo con las condiciones de cada caso.
 - Educación acerca de la enfermedad para el asegurado y familiares.
 - Educación respecto a hábitos alimenticios y de actividad física.
 - Seguimiento mensual, trimestral, semestral o en el periodo de tiempo que amerite cada caso.
 - Envío de información, educación continua y recordatorios respecto al padecimiento, tratamiento y complicaciones, de forma individualizada, de acuerdo con las necesidades de cada persona y de sus enfermedades.
 - Seguimiento activo vía telefónica o videoconferencia, en caso de descontrol, dudas o mal apego a tratamiento.
2. Posibilidad de incluir apoyo multidisciplinario, médico, nutricional, dental, físico y psicológico, por medio de un complemento del servicio. (Estos servicios pueden o no estar incluidos en el programa).
3. Se expedirá receta para medicamentos de venta libre y la aceptación de la misma está sujeta a las políticas comerciales por parte de la farmacia donde se pretenda surtir.
4. Esta asistencia incluye el recordatorio vía telefónica para la ingesta de medicamentos previa solicitud del asegurado, esta alerta se suspenderá a petición expresa por el mismo medio de comunicación.

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

Exclusiones de la Asistencia Médica Activa

PLENIT, queda facultado para declinar la solicitud de servicio o quedará eximido de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus

obligaciones derivadas de los servicios que integran la asistencia médica activa cuando:

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

Servicio de Asistencia Psicológica por Videoconsulta o Vía Telefónica

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

La profesionista en psicología brindará ayuda sobre:

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

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

Exclusiones de la Asistencia Psicológica Telefónica

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

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

Sección 5. Exclusiones generales

Esta póliza no ampara y la Aseguradora no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando el Fallecimiento, Pérdida Orgánica o Invalidez, haya ocurrido por efecto de alguna de las siguientes situaciones:

Accidentes que se originen por participar en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- b) Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el Asegurado.**
- c) Riña provocada por el Asegurado.**

Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación en actividades como:

- a) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte público de pasajeros.**
- b) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**
- c) Conductor o pasajero de motonetas, cuatrimotos, motocicletas u otros vehículos similares.**
- d) Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, tauromaquia, cacería, hockey, equitación, box, lucha libre, lucha greco-romana, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, go-karts, jet ski o cualquier tipo de deporte aéreo o extremo.**
- e) La práctica profesional de cualquier deporte.**
- f) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- g) Homicidio cuando se derive de la participación directa del Asegurado como sujeto activo en actos delictivos intencionales.**
- h) Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, excepto si fue por causa de un accidente cubierto.**

- i) Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto.**
- j) Tratamiento o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.**
- k) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.**
- l) Envenenamiento de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.**
- m) Fallecimiento o lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado como consecuencia de estar bajo el influjo del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueron prescritos por un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.**
- n) Cuando se demuestre que el fallecimiento o la pérdida orgánica sea a consecuencia directa de un Padecimiento preexistente.**
- o) Por cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado.**

Sección 6. Cláusulas Generales

6.1 Pago de Indemnizaciones

Para que PLENIT cumpla las obligaciones relativas al pago de siniestros y brinde un servicio oportuno y eficaz al ocurrir el evento cubierto, el Asegurado deberá atender a lo siguiente:

6.1.1 Aviso

En el caso de presentarse algún evento cubierto, éste debe ser notificado a PLENIT dentro de los 5 (cinco) días siguientes a que el Asegurado o los Beneficiarios tengan conocimiento de su ocurrencia, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

6.1.2 Requisitos para el pago de Indemnizaciones

El reclamante presentará a PLENIT la siguiente información de acuerdo con el evento ocurrido:

Coberturas de muerte accidental

- a) Declaración de fallecimiento (Formato original de PLENIT).
- b) Copia del Certificado de Defunción.
- c) Original o copia certificada del acta de defunción.
- d) Acta de nacimiento original y copia del Asegurado.
- e) Acta de matrimonio actualizada o constancia de concubinato o documento legal con el que se acredite la relación jurídica, aplica en caso de que el beneficiario sea cónyuge o concubina(o) del asegurado.
- f) Acta de nacimiento del o los beneficiarios, cuando sean hijos del asegurado.
- g) Acta de Nacimiento de ellos y del asegurado, cuando los beneficiarios sean padres del asegurado.
- h) Copia del comprobante de domicilio de los beneficiarios, con antigüedad no mayor a tres meses.
- i) Identificación oficial de los beneficiarios y del Asegurado.
- j) Copia del estado de cuenta bancario del o los beneficiarios, donde se aprecien los datos del titular de la cuenta, número de cuenta, CLABE interbancaria, institución bancaria, puede omitir el detalle de movimientos.
- k) Copia certificada del acta del ministerio público incluyendo carpeta de investigación completa, (en caso de ser requerida).
- l) Carátula de póliza del seguro contratado, si lo tuviera.
- m) Último recibo de pago de la póliza, en caso de tenerlo disponible.

Cobertura de pérdidas orgánicas

- a) Formato de Reclamación y Aviso de Accidente.
- b) Identificación oficial del reclamante.
- c) Copia del comprobante de domicilio, con antigüedad no mayor a tres meses.
- d) Acta del ministerio público en original y copia certificada, en el caso de que aplique.
- e) Historial clínico, Dictamen médico, informe médico y estudios de laboratorio y gabinete.
- f) Carátula de póliza del seguro contratado, si lo tuviera.
- g) Último recibo de pago de primas, si lo tuviera.
- h) Copia del estado de cuenta bancario reciente del asegurado, donde se muestren los datos del titular de la cuenta, número de cuenta, CLABE interbancaria, institución bancaria, puede omitir el detalle de movimientos.

Cobertura de reembolso de gastos médicos

- a) Identificación oficial del reclamante.
- b) Formato de Reclamación y/o Aviso del reclamante.
- c) Informe médico (formato proporcionado por PLENIT), Historial Clínico (en caso de requerirse).
- d) Copias de estudios de laboratorio y gabinete.
- e) Facturas de los gastos erogados, que cumplan con los requisitos fiscales correspondientes.
- f) Carátula de póliza del seguro contratado, si lo tuviera. Copia del estado de cuenta bancario reciente del asegurado, donde se muestren los datos del titular de la cuenta, número de cuenta, CLABE interbancaria, institución bancaria, puede omitir el detalle de movimientos.

6.1.3 Pago de Indemnizaciones

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que PLENIT reciba la totalidad de los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

PLENIT tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a PLENIT de cualquier obligación. (Artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las indemnizaciones procedentes se pagarán de acuerdo con las condiciones generales y coberturas de la póliza a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En el caso de no proceder la indemnización, PLENIT lo hará saber al reclamante por escrito explicando las razones de esta situación.

6.1.4 Cláusula de padecimiento preexistente

PLENIT solo podrá realizar el rechazo de una reclamación por padecimiento preexistente cuando:

- Haya existido previo a la celebración del contrato, declaración de la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Cuando 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- Previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

6.1.5 Cláusula de Arbitraje

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y PLENIT acerca de que el evento indemnizable (fallecimiento, pérdida orgánica, invalidez total y permanente o incapacidad temporal) haya sido ocasionado por padecimientos preexistentes, a elección del Asegurado, la cuestión podrá ser sometida al arbitraje de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días contado a partir de la fecha en

la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una persona moral, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciera antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (la autoridad judicial, las partes, los peritos o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ([CONDUSEF]) para que lo sustituya.

El asegurado, en caso de que se declare la improcedencia de su reclamación por considerar preexistente su padecimiento, podrá optar por un arbitraje médico ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Si el Asegurado acude al arbitraje médico, PLENIT se obliga a comparecer ante el árbitro designado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia en relación con la preexistencia.

El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada, y las partes, en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo para el reclamante y en caso de existir será liquidado por PLENIT

6.2 Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado y/o Contratante podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

6.3 Modificaciones y Notificaciones al Contrato

Ningún cambio o modificación al contrato será válido, a menos que haya sido aprobado por las partes mediante la cláusula escrita agregada a la Póliza, y previamente registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ninguna persona no autorizada por la Aseguradora podrá cambiar o modificar las condiciones generales o beneficios del contrato.

6.4 Renovación

Este Contrato se considerará renovado, por periodo de un año, si dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo, 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 dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo, los valores de la prima y deducible aplicables a la misma.

El pago de la Prima acreditada, mediante el recibo emitido en las formas usuales de Plenit, se tendrá como prueba suficiente de la Renovación.

6.5 Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha que les dio origen, conforme al Art. 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción, consignados en el Art. 82 de la misma Ley que establecen que el plazo antes citado 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 al 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.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiera la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Plenit.

6.6 Notificaciones

a) A PLENIT

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a PLENIT, precisamente en el lugar señalado como su domicilio en la carátula de esta Póliza.

b) A sus beneficiarios

Deberá hacerse por escrito precisamente en el lugar señalado como su domicilio en la póliza correspondiente.

6.7 Comunicaciones

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de Plenit, llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a Plenit y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que Plenit deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca Plenit.

6.8 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de PLENIT o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el juez. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso a partir de la negativa de la Institución Financiera, a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez, en caso de que el reclamante opte por demandar, podrá a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en términos de lo dispuesto en el Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En caso de consulta o inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de Plenit en el teléfono 222690-7110, en el correo electrónico une@plenit.mx o en la dirección 29 Sur 127, Colonia La Paz, Código Postal 72160, Puebla, Puebla.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 55 5340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

6.9 Indemnización por mora

Si Plenit no cumple con las obligaciones asumidas bajo este Contrato de seguros al hacerse exigible legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

6.10 Cláusula de entrega de documentación contractual

Plenit, se obliga a entregar por escrito al Contratante la documentación contractual consistente en la Póliza, condiciones generales, endosos y demás documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro. En el caso de que así lo consienta expresamente el Contratante al momento de la contratación, dicha entrega se realizará a través del correo electrónico en la dirección electrónica proporcionada por el Contratante en la solicitud de Seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el Contratante no reciba su documentación contractual o requiera un duplicado de su Póliza podrá solicitarla llamando al número telefónico indicado en la carátula de la Póliza, en cuyo caso Plenit podrá entregar la documentación contractual por alguno de los siguientes medios:

- a) Correo certificado al domicilio registrado al momento de la contratación;
- b) Acudiendo personalmente a las instalaciones de Plenit.

6.11 Moneda

Los pagos que el Contratante y Plenit deban hacer conforme a esta Póliza, se liquidarán en Moneda Nacional de acuerdo con la Ley Monetaria Vigente en la época en que se efectúen los mismos.

6.12 Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a PLENIT 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 al correo electrónico que indique el solicitante, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

6.13 Edad

Para las coberturas de Muerte Accidental, Reembolso de Gastos Médicos, Pérdidas Orgánicas e Indemnización Diaria, la edad mínima de admisión es de 12 (doce) años, la edad máxima de admisión es de 70 (setenta) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de 80 (ochenta) años.

Para la cobertura de Gastos Funerarios la edad mínima de admisión es de 1 (uno) años, la edad máxima de admisión es de 11 (once) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de 12 (doce) años.

Para efectos de este contrato se considera como edad real del Asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente Plenit.

Una vez efectuada la comprobación, Plenit hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Cuando de la comprobación de la edad resulte que la edad real se encuentra fuera de los límites de admisión registrados por PLENIT, la póliza correspondiente quedará rescindida automáticamente y la obligación de PLENIT se reducirá a pagar el importe de la reserva matemática, si la hubiere, que corresponda al Asegurado, en la fecha de su rescisión.

Cuando la edad real del Asegurado al emitirse la póliza estuviere dentro de los límites de admisión establecidos por PLENIT, pero dicha edad real fuera mayor que la declarada por el Asegurado, el importe del seguro se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que, conforme a la tarifa registrada corresponda a la edad real, en la fecha de la celebración del contrato.

Si, por el contrario, la edad real fuera menor que la declarada, la suma asegurada no se modificará y PLENIT tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la prima de riesgo (como se define en la nota técnica del producto registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas "prima cobrada menos gastos, costos de adquisición y utilidad") y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de celebrarse el contrato. Las primas ulteriores, deberán reducirse de acuerdo con la edad real, conforme a la tarifa registrada en la fecha de la celebración del contrato.

Si después del fallecimiento del Asegurado, la edad declarada es diferente a la real, Plenit pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido comprar de acuerdo con la edad real y con las tarifas en vigor en el momento de la celebración del contrato.

Si al descubrirse que la edad declarada del Asegurado es inexacta y Plenit ya hubiere hecho efectivo el importe del seguro, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado, incluyendo los intereses respectivos.

6.14 Agravación del Riesgo

El Asegurado está obligado a comunicar a PLENIT las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52, 53 fracción I, 54, 55 y 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

"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 54.-** Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación.”

“**Artículo 55.-** 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 60.-** En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas”

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 PLENIT, 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 legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, 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 algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o 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.

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 quedar a 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.

6.15 Cambio de Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación, el Contratante deberá comunicarlo a PLENIT por escrito, dentro de los 30 (treinta) días siguientes al cambio de ocupación, para que a consideración de PLENIT continúe o no el seguro para ese Asegurado. De aceptar el riesgo, se determinará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien, podrá excluir los siniestros derivados de dicho riesgo, notificando la determinación al Contratante dentro de los siguientes 15 (quince) días naturales a aquél en que tuvo conocimiento.

En caso de no aceptar el riesgo, se rescindirá de pleno derecho el seguro para ese Asegurado.

Si Plenit no comunica su rechazo a cubrir al Asegurado, dentro de los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación de cambio de ocupación, se tendrá por hecha su renuncia para rescindir el contrato para el Asegurado en cuestión, teniéndose por aceptada la nueva ocupación en las mismas condiciones pactadas inicialmente.

En este caso, Plenit se reserva el derecho de aceptar la renovación del seguro para ese Asegurado debido a la agravación del riesgo.

5.16 Beneficiarios

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los beneficiarios, siempre que, no exista restricción legal. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a PLENIT, indicando el nombre del(los) nuevo(s) beneficiario(s). PLENIT pagará al último beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario y a PLENIT y que conste en la póliza respectiva, como lo prevé el Artículo 165 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

Cuando no haya beneficiarios designados, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado mueran simultáneamente o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado.

El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

En el caso de las coberturas de pérdidas orgánicas y reembolso de Gastos Médicos por Accidente, si el Asegurado es menor de edad, la indemnización correspondiente se le pagará al padre o tutor acreditando dicha figura.

Advertencia en la designación de beneficiarios

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

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

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

6.17 Disputabilidad

Este Contrato dentro de los 2 (dos) primeros años de vigencia, siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y en su caso, los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la Colectividad Asegurada, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior es también de 2 (dos) años, que se contarán a partir de la fecha en que quedó Asegurado, renunciando Plenit a todos los derechos que, conforme a la Ley, son renunciables para rescindirlo en los casos de omisión o de inexacta declaración al describir el riesgo antes de celebrarse el Contrato. Este supuesto aplicará solo para aquellos casos en los cuales los Asegurados den su consentimiento después de 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

6.18 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante tiene la obligación de declarar por escrito a PLENIT, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos que se le pregunten facultará a PLENIT para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. Este supuesto aplicará solo para aquellos casos en los cuales los Asegurados den su consentimiento después de 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad.

6.19 Primas

El monto de la prima es la suma de las primas individuales correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo con su edad y ocupación en la fecha de inicio de vigencia. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha.

La prima vence a la fecha de celebración del contrato y el Contratante deberá pagarla contra recibo oficial debidamente requisitado, que otorgue la misma.

La forma de pago de las primas es anual, sin embargo, el Contratante podrá solicitar el pago fraccionado de las mismas, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales, las cuales vencerán al inicio de cada período de pago pactado.

6.20 Período de gracia para el pago de primas

Para liquidar la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, el Contratante gozará de un período de gracia de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Si no hubiese sido pagada la prima dentro del término convenido, cesarán automáticamente los efectos de esta Póliza a las 12:00 horas del último día del período de gracia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de agosto del 2025, con el número CNSF-S0132-0220-2025/CONDUSEF _____.