



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

**CONDICIONES GENERALES
GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO**

MAGENTA

INDICE

Contenido

1.	Definiciones	5
1.1.	Accidente	5
1.2.	Antigüedad.....	5
1.3.	Aparatos Ortopédicos y Prótesis	5
1.4.	Asegurado.....	5
1.5.	Asegurado Dependiente.....	5
1.6.	Asegurado Titular	5
1.7.	Carátula de la Póliza	5
1.8.	Certificado Individual.....	5
1.9.	Coaseguro.....	5
1.10.	Coberturas	5
1.11.	Colectividad Asegurada	6
1.12.	Comisión	6
1.13.	Contratante	6
1.14.	Contrato de Seguro o Póliza	6
1.15.	Culpa Grave	6
1.16.	Deducible	6
1.17.	Dependientes económicos.....	6
1.18.	Dolo	6
1.19.	Donante	6
1.20.	Emergencia o Urgencia Médica.....	6
1.21.	Endoso	7
1.22.	Enfermedad o Padecimiento.....	7
1.23.	Enfermera.....	7
1.24.	Evento	7
1.25.	Exclusiones	7
1.26.	Extra prima.....	7
1.27.	Expediente	7
1.28.	Franja Fronteriza	7
1.29.	Honorarios Médicos.....	7
1.30.	Hospital, Clínica o Sanatorio	7
1.31.	Hospitalización.....	7
1.32.	Inicio de Cobertura	8
1.33.	Límite o Tope del Coaseguro.....	8
1.34.	Madre Biológica.....	8
1.35.	Maternidad subrogada.....	8
1.36.	Mala fe	8
1.37.	Medicina alternativa y complementaria	8
1.38.	Médico de red	8
1.40.	Negligencia	8
1.41.	Nivel hospitalario	8
1.42.	Órgano.....	8
1.43.	Padecimiento Congénito	8
1.44.	Padecimiento o Enfermedad Preexistente	9
1.45.	Periodo de Beneficio	9
1.46.	Periodo de Espera.....	9
1.47.	Periodo de Gracia	9
1.48.	Práctica profesional de cualquier deporte	9
1.49.	Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios.....	10
1.50.	Plan	10

1.51. Prima	10
1.52. Prima de Riesgo	10
1.53. Programación de Cirugía	10
1.54. Receptor	10
1.55. Reclamación	10
1.56. Red de Prestadores de Servicios	10
1.57. Reembolso	10
1.58. Reglamento del Seguro Colectivo	10
1.59. Renovación	10
1.61. Signos o Síntomas	11
1.62. Servicio de Pago Directo	11
1.63. Suma Asegurada	11
1.64. Tabuladores de Procedimientos Médicos PLENIT	11
1.66. UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensual)	11
1.67. Urgencia Médica o Emergencia Médica	11
1.68. PLENIT	11
1.69. Vigencia	12
2. Objeto del Seguro	12
2.1. Honorarios quirúrgicos	12
2.2. Honorarios Médicos	13
2.3. Servicios de Gastos Hospitalarios	13
2.4. Reembolso de gastos.	13
2.5. Marcapasos	14
2.6. Medicamentos	14
2.7. Servicios de diagnóstico	14
2.8. Hallux Valgus	14
2.9. Lunares o Nevus	14
2.10 Prótesis y Endoprótesis, y Aparatos Ortopédicos	14
2.11. Servicios de terapia física, radioactiva, quimioterapia y/o fisioterapia	14
2.12. Servicios de ambulancia	15
2.13. Padecimientos Congénitos	15
2.14. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético)	15
2.15. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo	15
2.16. Tratamientos médicos relacionados con células madre	15
2.17. Gastos del Donador de Órganos	15
2.18. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales	16
2.19. Tratamiento de diálisis	16
2.20. Deportes peligrosos	16
2.21. Complicaciones del embarazo	16
3. Padecimientos y Tratamientos Cubiertos con Periodo de Espera	17
4. Coberturas adicionales	17
4.1. Maternidad	17
4.2. Cobertura del recién nacido	18
4.3. Indemnización por Hospitalización	18
4.4. Emergencias en el extranjero	18
4.5. Preexistencia declarada	19
4.6. Pago de complementos	20
4.7. Franja Fronteriza	20
4.8. Servicios de Asistencia	20
5. Exclusiones Generales de la Cobertura de Gastos Médicos	33

6. Pago de indemnizaciones.....	37
6.1. Avisos.....	37
6.2. Pago de indemnizaciones y reclamaciones	37
6.3. Pago directo (atención en la Red de Prestadores de Servicio).....	38
6.4. Sistema de pago por Reembolso	38
6.5. Servicios y coberturas que requieren previa autorización de PLENIT.	39
6.6. Referencias	39
7. Cláusulas Generales	39
7.1. Residencia	39
7.2. Agravación del riesgo.....	39
7.3. Registro de Asegurados.....	40
7.4. Reconocimiento de Antigüedad en otros seguros similares	41
7.5. Alta de Asegurados	41
7.6. Baja de Asegurados.....	42
7.7. Autoadministración	42
7.8. Obligaciones del Contratante	43
7.9. Edad.....	43
7.10. Edades de admisión	44
7.11. Certificados Individuales.....	44
7.12. Vigencia de la Póliza y de los Certificados	44
7.13. Periodo de Beneficio	44
7.14. Terminación de la Póliza	44
7.15. Cancelación anticipada del seguro	45
7.16. Conversión a Póliza Individual	45
7.17. Renovación de la Póliza	45
7.18. Primas	45
7.19. Periodo de Gracia para el pago de Primas	46
7.20. Comisiones y Compensaciones Directas.....	46
7.21. Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente	46
7.22. Subrogación	46
7.23. Competencia.....	47
7.24. Indemnización por mora en el pago.....	47
7.25. Modificaciones y notificaciones	47
7.26. Moneda.....	47
7.27. Omisiones o inexactas declaraciones	48
7.28. Otros seguros.....	48
7.29. Prescripción.....	48
7.30. Responsabilidad civil	48
7.31. Unidad especializada y datos de CONDUSEF.....	48
7.32. Expediente de Identificación.....	49
7.33. Entrega electrónica de documentación contractual	49
7.34. Aviso de Privacidad Simplificado.....	49

1. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro se considerarán las siguientes definiciones:

1.1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones corporales o la muerte del Asegurado si esta ocurre dentro de los primeros 90 (noventa) días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. **No se consideran Accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.** Todas las lesiones corporales sufridas por un Asegurado en un Accidente se consideran como un solo Evento.

1.2. Antigüedad

Es el tiempo en que, de manera ininterrumpida, el Asegurado ha mantenido vigente esta Póliza; considerando adicionalmente el tiempo inmediato anterior que haya mantenido vigente otra Póliza de GMM al momento de emitirse la presente Póliza. Esta Antigüedad se especifica en el Certificado Individual.

1.3. Aparatos Ortopédicos y Prótesis

Son aquellos aparatos para corregir, ayudar o reemplazar, de forma parcial o total, una función u órgano.

1.4. Asegurado

Se entenderá tanto al Asegurado Dependiente como al Asegurado Titular, siendo las personas que tienen derecho a los beneficios de esta Póliza.

1.5. Asegurado Dependiente

Se entenderá por dependientes al cónyuge o concubino del Asegurado Titular, así como a los hijos y padres que dependan del mismo. Los nombres de los Asegurados Dependientes aparecerán en el Certificado Individual o en el Endoso respectivo.

1.6. Asegurado Titular

Es la persona miembro directamente de la Colectividad Asegurada y cuyos datos se encuentran plasmados en el Certificado Individual correspondiente.

1.7. Carátula de la Póliza

Documento que recaba la información general sobre los derechos y obligaciones de las partes.

1.8. Certificado Individual

Documento que entrega PLENIT a cada Asegurado por conducto del Contratante, en el que aparecen los datos de éste; como el número de Póliza y de Certificado, la vigencia, las coberturas del seguro, las Sumas Aseguradas o la regla para determinarlas.

1.9. Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos hasta el límite establecido en el Certificado Individual, una vez descontado el deducible contratado.

1.10. Coberturas

Riesgos amparados en la que se expresan los límites máximos de responsabilidad de Plenit y del Contratante y/o Asegurado.

1.11. Colectividad Asegurada

Está constituida por los integrantes de la Colectividad Asegurable que sean aceptados por PLENIT, quedando inscritos en el registro de asegurados.

1.12. Comisión

Son los pagos que correspondan a las personas físicas o morales que participen en la intermediación o que intervengan en la contratación de este producto de seguro, que fueron considerados dentro de los costos de adquisición en el diseño del seguro.

1.13. Contratante

Persona física o moral que celebra el Contrato de Seguro con PLENIT y que es responsable del pago de la Prima y demás obligaciones establecidas en el mismo.

1.14. Contrato de Seguro o Póliza

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 contratadas.

El Contrato de Seguro está integrado por la carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, la solicitud, 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.

1.15. Culpa Grave

La omisión de la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por la imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos o deberes.

1.16. Deducible

Es la cantidad fija establecida en el Certificado Individual, que será cubierta por el Asegurado por cada evento cubierto que se presente en la vigencia contratada. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto, comienza la obligación indemnizatoria de PLENIT.

1.17. Dependientes económicos

El cónyuge, concubino o concubina que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal y los hijos solteros menores de 26 (veintiséis) años de edad del Asegurado Titular que estén cubiertos en la misma póliza que el Asegurado Titular tenga contratada con Plenit.

1.18. Dolo

Cometer una actividad ilícita de manera consciente y voluntaria, sabiendo de antemano que la acción a realizar está penada por la Ley.

1.19. Donante

Es aquella persona que sufre una operación quirúrgica con el propósito de donar órgano(s) legalmente de su cuerpo para una cirugía de trasplante.

1.20. Emergencia o Urgencia Médica

Se considera Emergencia Médica; cuando un Padecimiento o Accidente cubierto por la Póliza, pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los Órganos del Asegurado, por lo cual, requiere atención médica inmediata. Una vez que ha sido estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia.

1.21. Endoso

Documento que modifica alguno de los elementos contractuales del seguro. Lo señalado por este documento prevalecerá sobre la documentación contractual en todo aquello que se contraponga.

1.22. Enfermedad o Padecimiento

Toda alteración de la salud del asegurado que resulte de la acción de agentes mórbidos de origen interno o externo con relación al organismo. Cualquier alteración o Enfermedad que se produzca a partir de su mismo tratamiento médico y/o quirúrgico (ya sea como consecuencia inmediata o directa, así como recurrencias/recaídas, complicaciones y secuelas) se considera como una misma Enfermedad.

1.23. Enfermera

Persona que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

1.24. Evento

Es toda afectación que sufre el Asegurado en su salud a consecuencia de una Enfermedad o Accidente; así como todas las lesiones, complicaciones, alteraciones, otras Enfermedades, recurrencias, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

1.25. Exclusiones

Aquellos padecimientos que no estarán cubiertos en la póliza.

1.26. Extra prima

Monto adicional a la prima que el contratante se obliga a pagar para cubrir riesgos agravados y se fija para cada asegurado.

1.27. Expediente

Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de Aviso de Accidente o Enfermedad y el Informe Médico. Asimismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud

1.28 Franja Fronteriza

Se refiere al territorio de los Estados Unidos de América, cuyo límite sur es la frontera con la República Mexicana y consta de 32 (treinta y dos) kilómetros o 20 (veinte) millas de ancho.

1.29 Honorarios Médicos

Es aquella remuneración que obtiene el Médico legalmente reconocido por los servicios profesionales que presta a los Asegurados; de acuerdo con el tabulador contratado, previa la expedición de la factura correspondiente con requisitos fiscales.

1.30 Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica, con Médicos y Enfermeras titulados las 24 horas del día.

1.31 Hospitalización

Para efectos de esta Póliza, es la estancia continua en un Hospital o Sanatorio, siempre y cuando esta sea justificada y comprobable para la atención de una Enfermedad o Accidente cubierto; dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante.

1.32 Inicio de Cobertura

Fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de la Póliza.

1.33 Límite o Tope del Coaseguro

Monto máximo que se pagará por concepto de Coaseguro. Dicho monto está indicado en el Certificado Individual.

1.34 Madre Biológica

Mujer que ha dado a luz o a quien pertenecen los óvulos para la fecundación, con la finalidad de que estos sean implantados en el útero de la mujer gestante.

1.35 Maternidad subrogada

Práctica médica de reproducción asistida consistente en la transferencia de embriones humanos en una mujer, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, y que concluye con la terminación del embarazo.

1.36 Mala fe

Malicia, falta de rectitud, voluntad y consiente ilicitud en el obrar, teniendo una intención no positiva y con el objetivo de engañar.

1.37 Medicina alternativa y complementaria

Aquellos enfoques diferentes a la medicina convencional o científica para tratar la enfermedad y/o conservar la salud.

1.38 Médico de red

Persona legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina 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

1.39. Mujer Gestante

Mujer que se obliga, sin fines de lucro, a llevar a cabo la gestación del embrión y posteriormente del feto, y cuya obligación concluye con la terminación del embarazo.

1.40 Negligencia

Descuido, falta de cuidado o diligencia.

1.41 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 en el promedio de gasto hospitalario de atención, la calidad de los servicios, la infraestructura, el nivel de atención de acuerdo con los servicios ofrecidos por este, la especialización y el nivel de procedimientos que pueden realizarse dentro de este.

1.42. Órgano

Significa una parte del cuerpo humano, la cual realiza una función específica.

1.43. Padecimiento Congénito

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte (Órgano o sistema del cuerpo humano), que tuvo su origen durante el período de gestación; independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de

alteraciones que, durante el período gestacional, originó diversas malformaciones congénitas será considerado como un solo Evento.

1.44. Padecimiento o Enfermedad Preexistente

Se considera preexistente a cualquier Enfermedad o Padecimiento:

- A. Que haya sido declarado o no antes del inicio de vigencia de la Póliza, y/o;
- B. Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, y/o;
- C. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- D. Por el que, previamente a la fecha de celebración del Contrato, se hayan realizado gastos.

1.45. Periodo de Beneficio

Si el Contrato termina su Vigencia, o no se hace la ampliación de la Vigencia o la contratación de una Póliza individual de Gastos Médicos Mayores con la Aseguradora, según sea el caso:

- A. No se cubrirán los gastos efectuados después del término de Vigencia o separación de la Colectividad Asegurada, aun cuando la Reclamación haya iniciado el trámite dentro del periodo de Vigencia.
- B. Si la Aseguradora ha autorizado previamente el pago de una Enfermedad o Accidente cubierto, y el Asegurado se encontrará hospitalizado al momento de finalizar la Vigencia del Contrato o de haber sido separado de la Colectividad Asegurada, se le pagarán los gastos de esa atención médica por un plazo máximo de 30 (treinta) días a partir de la fecha de terminación de Vigencia del Contrato o de la separación de la Colectividad Asegurada o el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.
- C. Si la Aseguradora está cubriendo la contratación de equipo médico en domicilio, y el Asegurado lo continúa requiriendo al momento de finalizar la Vigencia del Contrato, la Aseguradora deberá pagar el servicio por 30 (treinta) días naturales posteriores al vencimiento del Contrato.

1.46. Periodo de Espera

Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en la Póliza para que se pueda cubrir un Padecimiento, de acuerdo con las especificaciones de la Póliza y de las Condiciones Generales. PLENIT no cubrirá los gastos erogados y los Padecimientos correspondientes originados, durante este periodo. Este Periodo de Espera opera para cada Asegurado.

Este periodo puede ser eliminado, como el beneficio que otorga PLENIT con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura de Gastos Médicos Mayores en PLENIT u otra aseguradora, el cual aplica, en su caso, exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los padecimientos descritos en la Cobertura Básica.

1.47. Periodo de Gracia

Lapso de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la Prima, o fracción de ella 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 de Seguro o Póliza.

1.48. Práctica profesional de cualquier deporte

Se entiende como tal a las actividades físicas que siempre requieren algún grado de esfuerzo para mover el cuerpo y hacer frente a las exigencias de la disciplina, y que se realizan con fines de lucro.

1.49. Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios

Médicos, hospitales, farmacias o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros) que cumplen con la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

1.50. Plan

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la Póliza tales como Nivel Hospitalario, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Tabuladores de Procedimientos Médicos de PLENIT, coberturas adicionales, entre otros. Dentro del Plan también se incluyen los Endosos, que indican los beneficios a los que tiene derecho el Asegurado.

1.51. Prima

Es la contraprestación económica prevista en la Póliza a cargo del Contratante, a favor de PLENIT; la cual podrá ser anual o en parcialidades, según se establezca en la carátula de la Póliza.

1.52. Prima de Riesgo

La Prima de Riesgo será igual a la Prima pagada por el Contratante y/o Asegurado sin considerar el Impuesto al Valor Agregado (IVA), los gastos, recargos y utilidad asignados a la Póliza correspondiente. Estos gastos son los especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

1.53. Programación de Cirugía

Servicio por el cual se otorga al Asegurado una autorización, escrita por parte de PLENIT, previa a la realización de alguna intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico.

1.54. Receptor

Se refiere al Asegurado que se realiza una operación quirúrgica para recibir un trasplante de un órgano del donante.

1.55. Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado ante PLENIT para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia de una Enfermedad o Accidente. PLENIT define si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de este Contrato.

1.56. Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de prestadores de servicios médicos y hospitalarios vinculados con PLENIT a través de un convenio.

1.57. Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de haber sido atendido por una Enfermedad o Accidente cubierto dentro o fuera de la Red de Prestadores de Servicios. Apegándose a las políticas de pago correspondientes para cada uno de ellos.

1.58. Reglamento del Seguro Colectivo

Para efectos del Contrato, se refiere al Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

1.59. Renovación

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

1.60. Reproducción asistida

Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, incluyendo la maternidad subrogada.

1.61. Signos o Síntomas

Se entiende como cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detectan objetivamente mediante una exploración médica y sirven para determinar su naturaleza. En otras palabras, estas manifestaciones indican que algo está sucediendo o va a suceder respecto de la salud del asegurado.

1.62. Servicio de Pago Directo

Servicio por medio del cual PLENIT realiza el pago directamente al prestador de servicios, que forma parte de la Red Médica y Hospitalaria, elegido por el Asegurado, por la atención médica a los Asegurados que presenten Enfermedades o Accidentes cubiertos por el Contrato respectivo.

1.63. Suma Asegurada

Obligación máxima de PLENIT por cada Accidente o Enfermedad amparada por la Póliza con base en las coberturas contratadas; siempre y cuando dicho Padecimiento ocurra durante la vigencia de esta. La Suma Asegurada para cada Accidente o Enfermedad se fijará a partir de la fecha del primer gasto cubierto y se aplicará mientras la Póliza se encuentre vigente. Para cada gasto procedente de una misma Enfermedad o Accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción; de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma Enfermedad o Accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

1.64. Tabuladores de Procedimientos Médicos PLENIT

Es la lista de procedimientos médicos y quirúrgicos en la cual se especifica el monto máximo que cubrirá PLENIT por cada uno de estos cuando sea procedente la indemnización. El Tabulador de Procedimientos Médicos PLENIT es aplicable a todas las coberturas básicas y adicionales, así como a las que sean contratadas por endoso de la Póliza y se encuentra disponible para su consulta en la página de internet: www.plenit.mx

1.65. Tratamientos de infertilidad y/o esterilidad

Análisis completo del diagnóstico y corrección de las causas que ocasionan la infertilidad y/o esterilidad a la que se somete la pareja después de su incapacidad para lograr un embarazo espontáneo.

1.66. UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensual)

Es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores; su valor actualizado es dado a conocer por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

1.67. Urgencia Médica o Emergencia Médica

Enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función, y exige la atención médica inmediata.

1.68. PLENIT

PLENIT COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., institución de seguros autorizada por el Gobierno Federal para realizar las operaciones relativas a la cobertura del presente Contrato de Seguro.

1.69. Vigencia

Periodo de validez del contrato.

2. Objeto del Seguro

Objeto del Contrato

Resarcir al Asegurado los gastos erogados, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud, con base en un diagnóstico médico definitivo, dentro de los límites y condiciones amparadas en la póliza

Descripción de la cobertura

PLENIT reembolsará al Asegurado por los gastos que éste efectúe por indicación de su Médico, con motivo de la atención médica requerida a causa de cualquier Accidente o Enfermedad cubierta ocurrida dentro de la vigencia de la Póliza y del Certificado Individual, y que sean necesarios para el restablecimiento de la salud del Asegurado. Los gastos deben ser: por prescripción de un Médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento, y con sujeción a la Suma Asegurada, límites y condiciones establecidos en la Póliza.

Los gastos cubiertos por PLENIT son aquellos que resulten procedentes conforme a las condiciones de la Póliza, tales como:

2.1. Honorarios quirúrgicos

Se cubrirán los honorarios quirúrgicos de cirujano(s) hasta el 100% (cien por ciento), con límite máximo de acuerdo con el Tabulador de Procedimientos Médicos de PLENIT y acorde al Plan contratado. Las consultas médicas postoperatorias en los siguientes 15 (quince) días a la intervención se encuentran incluidas dentro de los honorarios médicos por la intervención médica.

Se incluye el pago de honorarios a Anestesiólogo(s) con un límite máximo de hasta un 30% (treinta por ciento) referenciado a lo pagado al cirujano; el pago del Primer Ayudante con un límite máximo del 20% (veinte por ciento) referenciado a lo pagado al cirujano; y el pago del Segundo Ayudante con un límite máximo del 10% (diez por ciento) referenciado a lo pagado al cirujano. Solo en casos que sea requerido y bajo autorización expresa de la aseguradora.

En el caso de pago por reembolso, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, consultas postoperatorias, así como visitas hospitalarias; de acuerdo con el límite establecido por el Tabulador de Procedimientos Médicos de PLENIT. Siempre y cuando se compruebe con la factura pagada por el asegurado debidamente emitida, que ampare tales conceptos.

Los procedimientos quirúrgicos realizados que no se encuentren en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos PLENIT se valorarán por similitud con los comprendidos en este.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos terapéuticos, PLENIT pagará únicamente el importe del mayor que resulte del Tabulador de Procedimientos Médicos de PLENIT, o uno de ellos si los montos son iguales.

Sin embargo, si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios serán cubiertos al 100% (cien por ciento) para la intervención que tenga el valor más alto y al 50% (cincuenta por ciento) de la o las siguientes.

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el procedimiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100% (cien por ciento).

Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicara dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola; si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

2.2. Honorarios Médicos

La cantidad que se liquide por este concepto no podrá ser mayor a la indicada en el Tabulador de Procedimientos Médicos de PLENIT y quedarán cubiertos los siguientes conceptos:

- A. Honorarios por consultas médicas de los Médicos que pertenezcan a la Red de Prestadores de Servicios, serán cubiertos aplicando los montos y políticas de acuerdo con el Plan contratado.
- B. Honorarios de enfermería o de cuidados especiales a domicilio que se encuentren legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre y cuando sean prescritas por el Médico y su empleo esté plenamente justificado, hasta por un periodo de 30 (treinta) días y con límite de tres turnos por día. El monto de suma asegurada para este servicio será de 1 (una) UMAM por día.
- C. Honorarios de Médicos quiroprácticos, acupunturistas y homeópatas que cuenten con cédula profesional para ejercer, siempre y cuando sean recomendados por el Médico tratante.
- D. Honorarios médicos por consulta hospitalaria y/o terapia intensiva y rehabilitación física (una visita por día por especialista) conforme al límite establecido en el Tabulador de Procedimientos Médicos de PLENIT.
- E. Los honorarios de médicos que no pertenezcan a la red de prestadores médicos de PLENIT serán cubiertos hasta el tope del tabulador establecido para el Plan contratado. En caso de existir diferencias, éstas quedarán a cargo del Asegurado.

2.3. Servicios de Gastos Hospitalarios

De acuerdo con el tipo de Plan contratado, especificado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual, se cubrirán durante la hospitalización del Asegurado los siguientes conceptos:

- A. Habitación privada en cuarto estándar con alimentos.
- B. Materiales de curación prescritos por el Médico tratante.
- C. Cama extra para un acompañante del Asegurado en la misma habitación.
- D. Quirófano, sala de recuperación, terapia intensiva, intermedia, unidad de cuidados coronarios o sala de curaciones.
- E. Sala o cuarto de Emergencia después de haber ocurrido un Accidente o Emergencia Médica.
- F. Gastos originados por adquisición y aplicación de sueros, aplicación de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo, incluyendo pruebas de compatibilidad sanguínea que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado, por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones, hemodiálisis y otras sustancias semejantes indispensables para el tratamiento de una Enfermedad o Accidente cubiertos.
- G. Equipo de anestesia y medicamentos requeridos por el médico anestesiólogo.

2.4. Reembolso de gastos.

Los gastos originados a consecuencia de un Accidente serán pagados por PLENIT sin aplicación de deducible, los primeros gastos médicos se deben realizar dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente, después de este periodo se considerará como Enfermedad.

En el caso de los gastos originados a consecuencia de una enfermedad, estos serán pagados después de aplicar el deducible y coaseguros contratados.

2.5. Marcapasos

PLENIT cubrirá los gastos médicos erogados durante la vigencia de esta Póliza y o en vigencias anteriores por la adquisición de marcapasos, así como para el mantenimiento o reposición del mismo, siempre y cuando sea justificado de acuerdo al tratamiento médico.

2.6. Medicamentos

PLENIT cubrirá los medicamentos consumidos por el Asegurado en el Hospital y los adquiridos fuera de éste, siempre que sean: prescritos por los Médicos tratantes, se relacionen con el Accidente o Enfermedad cubierto y estén autorizados por las autoridades sanitarias competentes.

2.7. Servicios de diagnóstico

PLENIT cubrirá los análisis de laboratorio, gabinete e imagenología, incluyendo rayos X, electrocardiogramas, isótopos radioactivos, electroencefalogramas, exámenes de diagnóstico, de gabinete o de cualquier otro servicio de diagnóstico indispensable para el tratamiento y cubierto por el Plan contratado; siempre que sea prescrito por el Médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el Accidente o Enfermedad que se está tratando. Siempre que se tenga un diagnóstico, que no sea experimental, ni en fase de investigación ni con fines estéticos.

2.8. Hallux Valgus

PLENIT cubrirá los gastos médicos erogados durante la vigencia de la póliza para corregir Hallux Valgus o Juanetes siempre que no sean de carácter estético y se presenten los estudios de laboratorio y gabinete que confirmen más de 20 (veinte) grados de desviación en cada pie.

2.9. Lunares o Nevus

PLENIT cubrirá los gastos médicos erogados durante la vigencia de la póliza para el tratamiento médico y/o quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus, que no sean de carácter estético y que el estudio histopatológico de lesión muestre signos de malignidad.

2.10 Prótesis y Endoprótesis, y Aparatos Ortopédicos

- A. Compra o renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y del respectivo Certificado.
- B. Gastos que resulten de la renta o compra de camas especiales para enfermos, pulmón artificial y otros aparatos semejantes, prótesis valvular cardíaca, prótesis oculares y miembros artificiales, lente intraocular, aparatos auditivos e implante coclear, que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta. Aparatos ortopédicos; en el caso de zapatos ortopédicos, se cubrirá un máximo de dos pares al año **(Se excluye la reposición de Aparatos Ortopédicos ya existentes a la fecha del Accidente o Enfermedad)**. La prótesis dental sólo estará cubierta por el Accidente.
- C. Gastos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta.

2.11. Servicios de terapia física, radioactiva, quimioterapia y/o fisioterapia

- A. Gastos por tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, rehabilitación, fisioterapia, neurorrehabilitación, quimioterapia u ozonoterapia de acuerdo con el Tabulador de Procedimientos Médicos PLENIT.
- B. Terapia ocupacional y física. Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen, teniendo un máximo de 40 (cuarenta) sesiones por Evento.

2.12. Servicios de ambulancia

- A. Servicio de ambulancia de traslado terrestre dentro del territorio nacional por cualquier Emergencia Médica y a facilidades quirúrgicas ambulatorias.
- B. Servicio de Ambulancia aérea para traslado al Hospital más cercano dentro del territorio nacional por motivo de una Emergencia Médica producida por una Enfermedad o Accidente cubierto y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para la atención en el lugar donde se presentó dicha urgencia.

Este beneficio se otorga aplicando un Coaseguro del 20% (veinte por ciento), independiente al contratado con monto mínimo de \$1,000.00 (mil pesos 00/100 M.N.) de coaseguro.

2.13. Padecimientos Congénitos

Los menores que nazcan durante la vigencia de la Póliza y que su madre tenga cuando menos 10 meses de Antigüedad, y que se hayan dado de alta en la Póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento:

- A. Se cubrirán las Enfermedades y Anomalías Congénitas de los Asegurados nacidos durante la Vigencia del Certificado.
- B. Se cubrirán los Padecimientos Congénitos para Asegurados no nacidos durante la vigencia del Certificado, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: cuando se manifiesten después de la edad de 5 (cinco) años, no se haya realizado diagnóstico Médico antes de la fecha de inicio del Certificado y que el primer gasto por esta Enfermedad ocurra durante la vigencia del certificado.

Exclusiones específicas. Se excluyen Padecimientos Congénitos o prematuridad, originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor Asegurado.

2.14. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético)

Que sean indispensables a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto.

2.15. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo

Para los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la Póliza, siempre y cuando la madre Asegurada haya cumplido con el periodo de espera de 10 meses en la Póliza a la fecha del nacimiento del Asegurado.

2.16. Tratamientos médicos relacionados con células madre

Se cubren los tratamientos médicos relacionados con células madre siempre y cuando, sean prescritos por el médico tratante y sea a consecuencia de alguno de los siguientes padecimientos:

- 1.- Leucemias agudas mieloides y linfoides
- 2.- Leucemias crónicas mieloides
- 3.- Mielodisplasias
- 4.- Linfomas
- 5.- Tumores sólidos de riñón, mama, ovario y neuroblastoma

2.17. Gastos del Donador de Órganos

Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un Accidente o Enfermedad cubiertos por la Póliza, PLENIT cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante definitivo, no se cubren complicaciones del donador. **Quedan expresamente excluidos los gastos de los candidatos a donación.**

2.18. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales

Que sean indispensables a consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza, debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el Accidente.

2.19. Tratamiento de diálisis

Se cubre la diálisis renal, misma que deberá ser considerada medicamente necesaria por un nefrólogo certificado, hasta por el gasto usual y acostumbrado de acuerdo con el Plan contratado.

2.20. Deportes peligrosos

Quedan amparados los gastos médicos que requiera el Asegurado a consecuencia de Accidentes sufridos por la práctica amateur de deportes y/o actividades peligrosas y/o deportes extremos, cuando no ocurran a causa de negligencia inexcusable o culpa grave por parte del Asegurado o de sus dependientes, tales como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, hockey, equitación, go-karts, alpinismo, montañismo, espeleología, bungee, rappel, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, artes marciales, jet-ski, entre otros deportes peligrosos.

2.21. Complicaciones del embarazo

Se cubren los gastos originados, sujetos al Tabulador de Procedimientos Médicos de PLENIT, a consecuencia de las siguientes complicaciones de la Asegurada titular o Dependiente:

Sin Periodo de Espera.

- A. Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.

Con Período de Espera de 10 meses:

- A. Legrado o aborto involuntario.
- B. Preeclampsia y eclampsia.
- C. Óbito.
- D. Mola hidatiforme (embarazo molar).
- E. Fiebre puerperal.
- F. Toxicosis gravídica.
- G. Placenta previa.
- H. Placenta acreta.
- I. Atonía uterina.
- J. Diabetes gestacional

No obstante, el periodo de espera establecido para esta cobertura podrá aplicarse el reconocimiento de antigüedad.

Exclusiones de la cobertura

- A. Aborto voluntario.
- B. Complicaciones del embarazo, parto, cesárea y puerperio que no se encuentren explícitamente incluidas en esta cobertura.
- C. Gastos derivados de tratamiento para reproducción asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, así como las complicaciones del embarazo a consecuencia de dichos tratamientos. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre. En caso de maternidad subrogada tampoco se cubren los gastos de la madre biológica ni de la mujer gestante.

3. Padecimientos y Tratamientos Cubiertos con Periodo de Espera

Los siguientes padecimientos serán cubiertos por PLENIT una vez que haya transcurrido el periodo de espera especificado para cada uno de ellos. Esta limitación no opera en la renovación de la Póliza o Certificado Individual respectivo, ni para cuando sea aplicado el reconocimiento de Antigüedad con el que cuente el Asegurado.

Se cubren con Periodo de Espera de 10 meses

Las complicaciones del embarazo previstas en la cláusula 2.17 de estas condiciones generales.

Se cubren con Periodo de Espera de 12 meses

- A. Nariz y/o senos paranasales.
- B. Amigdalitis y adenoiditis e hipertrofia de amígdala y/o adenoides.
- C. Vesícula y vías biliares.
- D. Litiasis renal y en vías urinarias.
- E. Padecimientos ginecológicos (incluyendo endometriosis e insuficiencia del piso perineal, ginecomastia, mastoplastia).
- F. Padecimientos anorrectales.
- G. Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.
- H. Circuncisión y sus complicaciones siempre y cuando sea médicamente necesaria.

Se cubren con Periodo de Espera de 24 meses

- A. Hernias de cualquier tipo (cuando sea en columna vertebral inclusive extrusión y protrusión)
- B. Padecimientos de la columna vertebral (**excepto esguinces agudos**).
- C. Trastornos de rodilla, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos.
- D. Padecimientos de cadera y hombro.
- E. Cataratas

Se cubren con Periodo de Espera de 48 meses

- A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes o durante este periodo. Para este tratamiento no aplica la eliminación de periodo de espera.

Los periodos de espera previstos en la presente cláusula no aplican a consecuencia de un Accidente, siempre y cuando se demuestre que la atención fue recibida dentro de los primeros 30 (treinta) días de ocurrido con estudios radiográficos y presentación de documentos y gastos por la atención médica recibida.

Asimismo, dichos periodos de espera no serán aplicados en caso de Urgencias Médicas, entendiéndose como tales, las situaciones previstas por la definición de dicho concepto incluida en la Sección de Definiciones, de las presentes condiciones generales.

4. Coberturas adicionales

4.1. Maternidad

Mediante este beneficio PLENIT indemnizará con el total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, misma que se indica en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Para esta cobertura aplica un Periodo de Espera de 10 meses que se deberá comprobar entregando a PLENIT un ultrasonido realizado en un laboratorio debidamente certificado o en una institución de salud, el cual deberá estar emitido en hoja membretada y con cédula del especialista en radiología y ultrasonografía. Asimismo, se deberá entregar cualquier información adicional y comprobantes de gastos que en su caso sean requeridos por Plenit.

4.2. Cobertura del recién nacido

En caso de contratarse la Cobertura de Maternidad, también se cubrirá como Asegurado de la Póliza al hijo de la Asegurada Titular o Dependiente que nazca dentro de la vigencia de la Póliza, incluyendo hijos nacidos después del período de espera y a los hijos que nazcan prematuramente.

El recién nacido quedará asegurado sin requisitos siempre y cuando su alta en la Póliza sea solicitada dentro de los 30 primeros (treinta) días naturales siguientes al nacimiento y pueda ser asegurable de conformidad con las reglas de la Colectividad de que se trate.

4.3. Indemnización por Hospitalización

Si durante la vigencia de la póliza y a consecuencia de una Enfermedad y/o Accidente cubierto, el Asegurado se encontrase hospitalizado por prescripción médica en un Hospital, Clínica o Sanatorio por más de 48 (cuarenta y ocho) horas, PLENIT pagará la Suma Asegurada para esta cobertura contratada e indicada en el Certificado Individual o Endoso respectivos. Esta cobertura solo aplica una vez por cada vigencia anual de la póliza y para cada asegurado.

4.4. Emergencias en el extranjero

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente, se cubre la Urgencia Médica real al Asegurado que se encuentre de viaje de negocios, de estudios o de placer fuera del territorio nacional, y requiera de atención médica inmediata debido a cualquier alteración orgánico funcional súbita, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad repentina y aguda cubiertos por la presente Póliza y que pongan en peligro su vida, su integridad corporal o la funcionalidad de alguno de sus órganos.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como viaje de negocios, estudios o placer, aquella estancia fuera de la República Mexicana, que por dichos motivos realice el Asegurado, por un periodo continuo de hasta 60 (sesenta) días.

La Suma Asegurada y Deducible para esta cobertura se indican en el Certificado respectivo.

En todos los casos, el Asegurado que requiera atención médica por una Urgencia, deberá solicitar la autorización de PLENIT telefónicamente, al CENTRO DE ATENCIÓN PLENIT, para tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto cubierto por esta cobertura.

Si el beneficiario o tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con el Centro de Atención Telefónica, el Asegurado recurrirá al servicio médico más próximo, y deberá llamar al CENTRO DE ATENCION PLENIT dentro de las 24 (veinticuatro) horas de producido el evento, a efecto de saber si los gastos están cubiertos y si se consideran una Urgencia Médica, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro. En su caso, el pago se realizará vía reembolso.

Exclusiones de la cobertura

A. Traslados debido a lesiones y/o Enfermedades leves tales como gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etcétera, que

no puedan ser consideradas como una Enfermedad aguda y/o urgencia médica en los términos definidos.

- B. Todo gasto erogado por embarazo, parto, cesárea o complicaciones del embarazo cuando se tenga más de 5 meses de gestación.**
- C. Tratamientos programados.**
- D. Lesiones producidas en riñas en las que el Asegurado sea el provocador; lesiones por la participación del Asegurado en actos delictivos como sujeto activo del delito.**
- E. Lesiones en tiempos de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones, rebeliones; o a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole.**
- F. Incidentes que involucren el uso de drogas, a no ser que sean por prescripción médica.**
- G. Emergencias que se presenten después de 60 (sesenta) días de iniciado el viaje.**
- H. Los Accidentes y Enfermedades que se hayan originado dentro de los límites territoriales de la República Mexicana y su atención se lleven a cabo en el extranjero.**
- I. Servicio de Enfermera fuera del Hospital.**
- J. Tratamientos de rehabilitación.**
- K. Padecimientos preexistentes.**
- L. Los gastos médicos realizados que no cumplan la condición de Urgencia Médica.**

4.5. Preexistencia declarada

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente, PLENIT cubrirá los Padecimientos Preexistentes con base en la modalidad que el Asegurado elija:

- Cobertura Amplia. Esta modalidad permite cubrir los gastos médicos o quirúrgicos a consecuencia de Padecimientos Preexistentes declarados a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente.
- Cobertura con Periodo de Espera de 1 (un) año. Esta modalidad permite cubrir los gastos médicos o quirúrgicos a consecuencia de Padecimientos Preexistentes declarados un año después de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente.
- Cobertura con Periodo de Espera de 2 (dos) años: Esta modalidad permite cubrir los gastos médicos o quirúrgicos a consecuencia de Padecimientos Preexistentes declarados 2 (dos) años después de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente.

La Suma Asegurada para esta cobertura es igual a la Suma Asegurada de la cobertura básica indicada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente. Aplica el Deducible y el Coaseguro contratados en la Póliza.

Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de Antigüedad con el que pueda contar el Asegurado.

4.6 Pago de complementos

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente, PLENIT cubrirá, hasta los límites de cobertura de la presente póliza, los gastos médicos que ocurran dentro de la vigencia de la presente Póliza y del respectivo Certificado y sean consecuencia de una reclamación inicialmente cubierta y pagada por otra compañía de seguros distinta a PLENIT, contratada bajo la misma razón social que aparece en la carátula de la Póliza. La compañía de seguros que emitió la Póliza de la vigencia anterior deberá estar autorizada para operar como Seguro de Gastos Médicos conforme a la legislación vigente aplicable.

4.7 Franja Fronteriza

Quedan cubiertos los gastos erogados para la atención de un Accidente o Enfermedad amparado por la Póliza en la Franja Fronteriza de conformidad con la definición establecida para dicho término en las presentes condiciones.

A las reclamaciones procedentes bajo esta cobertura se les aplicará el doble de Deducible indicado en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y el que sea mayor entre el Coaseguro del 20% (veinte por ciento) y el Coaseguro contratado.

4.8 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:

1. Tratamientos.
2. Enfermedades o padecimientos.
3. Vacunas.
4. 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 al 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 copago 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 encuentra en un caso de urgencia extrema y tomó este servicio de asistencia como única medida de solución.**
- B. El asegurado utiliza 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 que quiera hacer uso del servicio de telemedicina activa y no tenga la calidad de asegurado.

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 con el 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:

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

Este servicio no tiene copago, 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 eximida de cualquier responsabilidad o del cumplimiento de sus obligaciones derivadas de los servicios que integran esta asistencia, cuando:

A. 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, buscará una cita en consultorio con costo preferencial para el 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 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:

- 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.**

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.

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, sospechosos de COVID o confirmados de 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 estadio 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:

A. 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.

- B. 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.**
- C. Los beneficiarios o “DEUDO RESPONSABLE” no envíen en formato electrónico, la documentación solicitada para acreditar la personalidad o entroncamiento de la persona fallecida.**
- D. El servicio funerario se solicite en otra casa funeraria que no pertenezcan a la red en convenio con PLENIT.**
- E. Cuando el deceso ocurra porque el “BENEFICIARIO” atentó contra su propia vida.**

Asistencia de Enfermería por Convalecencia

PLENIT proporcionará al 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 al 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, esta 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:

- A. 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.**
- B. El entorno donde se deba prestar el servicio presenta condiciones de insalubridad o riesgo que puedan comprometer la calidad y seguridad del cuidado de enfermería.**
- C. 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 Kilómetro 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:

- A. 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.**
- B. Los familiares o “DEUDO RESPONSABLE” no tengan la documentación solicitada.**
- C. Si no se contaran 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.**
- D. Cuando el deceso haya sucedido por que el usuario atento contra su vida.**
- E. Que el asegurado no este dado de alta en la base de datos vigente de PLENIT.**
- F. 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:

- A. Cuando se solicite el reembolso por el servicio de traslado no reportado.**
- B. El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- C. 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.**
- D. El paciente no esté autorizado por un médico para el traslado hasta el destino elegido.**
- E. El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el destino.**
- F. 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. Está 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:

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

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

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

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

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:

- A. El asegurado solicite medicamentos, tratamientos, estudios, análisis o radiografías.**
- B. 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.**

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.

5. Exclusiones Generales de la Cobertura de Gastos Médicos

Esta Póliza no cubre gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por Enfermedades y/o Accidentes, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

- 1) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes, excepto cuando se haya contratado la cobertura adicional de Preexistencia Declarada.**
- 2) Padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanías.**

- 3) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas o mentales por la ingestión de bebidas alcohólicas o consumo de drogas sin prescripción médica.
- 4) Complementos o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil; aún por prescripción médica en Enfermedades o Accidentes cubiertos cualquiera que sea su causa.
- 5) Padecimientos psiquiátricos.
- 6) Lesiones originadas por trastornos de enajenación mental, de conducta, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis.
- 7) Lesiones o mutilaciones originadas por intento de suicidio.
- 8) Tratamiento para corregir trastornos de conducta, del aprendizaje, del lenguaje o de la audición, déficit de atención, alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatía, cualquiera que sea la causa.
- 9) Honorarios por tratamientos naturistas, vegetarianos y/o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 10) Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo, quelaciones y magnetoterapia.
- 11) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales excepto cuando sean a consecuencia de un Accidente cubierto por esta Póliza.
- 12) Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, excepto los ocasionados por Accidentes ocurridos durante la Vigencia del Certificado.
- 13) Tratamientos médicos o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia o bulimia, así como sus complicaciones.
- 14) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubierta ocurridos durante la Vigencia de este seguro.
- 15) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.
- 16) Tratamientos preventivos.
- 17) Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie o el acné en cualquiera de sus formas y manifestaciones.

- 18) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un Sanatorio u Hospital, salvo cama extra en los planes con cobertura nacional.
- 19) Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo del delito.
- 20) Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución y rebelión.
- 21) Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- 22) Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- 23) Lesiones sufridas por el Asegurado por la práctica profesional de algún deporte y/o sus complicaciones.
- 24) Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, de la terapia de rayos X, radioterapia, radium e isótopos, aplicados y no prescritos por un Médico o sin la disposición o la supervisión médica correspondiente.
- 25) Todo tipo de Padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, que resulten de la aplicación de perforaciones, piercings o tatuajes.
- 26) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para el manejo de la talla baja, cualquiera que sea su causa.
- 27) Reposición y compostura total o parcial de Prótesis, implantes, injertos y Aparatos Ortopédicos.
- 28) Compra o renta de plantillas, alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, botones y cualquier adición ortopédica al zapato.
- 29) Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, para mejorar o restaurar la función sexual, infertilidad y/o esterilidad, disfunción sexual y sus complicaciones, inseminación artificial y/o la implantación de embriones in vitro, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- 30) Tratamiento de cirugía para optar por un cambio de sexo o cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.

- 31) Tratamientos experimentales para investigación o de un valor médico dudoso que será determinado por un Médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
- 32) Cargos en conexión con los gastos del síndrome cerebral o cargos custodiales resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.
- 33) Lentes de contacto y anteojos.
- 34) Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento que sean originados por culpa grave o negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación.
- 35) Gastos personales no cubiertos: paquetes de admisión hospitalaria, fotografías, videos o discos compactos (CDs) personales o de procedimientos médicos, llamadas telefónicas, boletos de estacionamiento, artículos de tocador de uso personal, palanganas, pañales, toallas femeninas, leches industrializadas, enfriadores en general, sábanas o cojines térmicos, face tent, protector solar o tratamientos dermatológicos sin justificación médica, protector de yeso y tira leche.
- 36) Los Padecimientos de la columna vertebral (exceptuando esguinces agudos). Sólo estarán cubiertos una vez transcurrido el Periodo de Espera establecido en las presentes condiciones.
- 37) Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección Gastos Médicos amparados de las presentes Condiciones Generales.
- 38) Padecimientos o Enfermedades a consecuencia de una epidemia o pandemia legalmente declaradas por las autoridades sanitarias, a menos que se haya contratado su cobertura mediante el Endoso correspondiente.
- 39) Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge o hermanos).
- 40) Vendas elásticas y/o medias compresivas, aunque sean médicamente necesarias o se encuentren prescritas por el médico tratante.
- 41) Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- 42) Lesiones o padecimientos que el Asegurado sufra cuando participe de forma directa en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.
- 43) Padecimientos resultantes de la práctica de los siguientes deportes: box, box thai, lucha libre, artes marciales mixtas, kick-boxing encualquiera de

sus modalidades, aun cuando se practiquen de manera ocasional y no profesional.

- 44) Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una aerolínea comercial.**
- 45) Aborto sin importar cuál sea su causa, así como sus complicaciones.**
- 46) Gastos por productos dermatológicos, aunque sean médicamente necesarios o se encuentren prescritos por el médico tratante.**
- 47) Cualquier tipo de estudio o tratamiento derivado del padecimiento de diástasis de recto.**
- 48) Protectores de Mucosa Gástrica.**
- 49) Adherencia pélvica a consecuencia de padecimientos no cubiertos en la póliza.**

6. Pago de indemnizaciones

6.1. Avisos

- A. El Asegurado o reclamante deberá dar aviso por escrito a PLENIT, en el curso de los primeros 05 (cinco) días hábiles, de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. Lo anterior, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito, en que dicho aviso deberá presentarse tan pronto como cesó uno u otro.
- B. En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a PLENIT la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto ésta le proporcione, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, los documentos médicos y estudios relacionados con el Evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, PLENIT quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente Reclamación.
- C. PLENIT tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o de los Asegurados para que se lleve a cabo esta comprobación liberará a PLENIT de cualquier obligación.
- D. PLENIT sólo pagará los honorarios de Médicos titulados y Enfermeras tituladas legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internamiento efectuados en Sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.
- E. Para reclamaciones por consultas por tratamiento psiquiátrico, cuando éstas sean derivadas del tratamiento de un asalto, secuestro o violación, PLENIT solicitará como requisito indispensable copia certificada del acta levantada ante el Ministerio Público para proceder al pago de las consultas; en caso de no entregarse dicha acta, PLENIT quedará liberada del pago de dichas consultas y servicios.

6.2. Pago de indemnizaciones y reclamaciones

Siempre y cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- A. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato de Seguro.

- B. A la cantidad resultante se descontará, primero, el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo con el porcentaje y tope de Coaseguro máximo establecidos en el Certificado Individual.
- C. El Deducible y Coaseguro, así como los límites citados en el Contrato de Seguro, se aplicarán a cada Enfermedad o Accidente cubierto.
- D. En caso de que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras Pólizas de Seguro, de esta u otra institución, será requisito indispensable presentar a PLENIT la documentación necesaria para comprobar dicha erogación.
- E. En caso de fallecimiento del Asegurado, cualquier beneficio amparado por el Contrato y que se encuentre pendiente o que no haya sido pagado será liquidado directamente a la Red de Prestadores de Servicios; de lo contrario, PLENIT reembolsará a la sucesión legítima del Asegurado.
- F. La indemnización correspondiente se efectúa a través del sistema de pago directo a la Red de Prestadores de Servicios o a través del sistema de reembolso.
- G. En caso de optar por recibir la atención en un hospital perteneciente a una red hospitalaria de mayor nivel que el contratado, se agregarán 20 (veinte) puntos porcentuales al Coaseguro contratado, por cada nivel de hospital al que ascienda y se eliminará el tope de coaseguro contratado.
- H. Cuando se opte por elegir un hospital de un nivel inferior al contratado, se disminuirá en 10 (diez) puntos porcentuales el coaseguro contratado.
- I. 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, según la zona de tarificación en 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.

6.3. Pago directo (atención en la Red de Prestadores de Servicio)

En el caso de que el Asegurado requiera de atención de la Red de Prestadores de Servicios, podrá hacer uso del Sistema de Pago Directo en el que, previa verificación de PLENIT respecto a la procedencia del caso, ésta efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a la Red de Prestadores de Servicios, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

Durante el periodo de Gracia para el pago del primer recibo de la Prima, no se otorgará el servicio de Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada.

6.4. Sistema de pago por Reembolso

PLENIT se obliga a reembolsar al Asegurado el importe de los gastos médicos efectuados por el mismo para la atención de un Accidente y Enfermedad cubiertos, cuando dicha atención se realice con Médicos, Hospitales y demás recursos dentro y fuera de la Red de Prestadores de Servicios. Dicho reembolso se ajustará al Tabulador de Procedimientos Médicos de PLENIT.

En este caso los documentos de comprobación de los gastos efectuados quedarán en poder a PLENIT una vez que sea pagada la indemnización.

Para tramitar el reembolso de gastos médicos, el asegurado/reclamante deberá entregar a PLENIT la siguiente documentación:

- A. Aviso de accidente o enfermedad (formato proporcionado por PLENIT)
- B. Informe Médico (formato proporcionado por PLENIT)
- C. Comprobantes de gastos consistentes en facturas originales con todos los requisitos fiscales aplicables y que deberán estar emitidas a favor del Contratante y/o Asegurado.

- D. Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis de laboratorio y gabinete y demás estudios que se realicen.
- E. Las recetas que respaldan los gastos correspondientes a medicamentos y estudios de diagnóstico.

6.5. Servicios y coberturas que requieren previa autorización de PLENIT.

Los siguientes servicios y coberturas requieren previa autorización de PLENIT para su indemnización; en caso contrario, su costo no estará cubierto por la Póliza:

- A. Ambulancia. Cualquier traslado programado debe realizarse previa autorización de PLENIT a excepción del caso de Emergencia Médica donde no es necesaria la autorización de PLENIT.
- B. Cobertura de corrección visual: PLENIT revisará el caso a través de un Médico oftalmólogo de la Red de Prestadores de Servicios, quien certificará los diagnósticos correspondientes y el número de dioptrías. Los gastos por el tratamiento se ajustarán al Tabulador de Procedimientos Médicos PLENIT. Los gastos de la certificación del tratamiento estarán a cargo de PLENIT sin costo para el Asegurado.

6.6. Referencias

PLENIT pone a disposición de los Asegurados la página de internet: www.plenit.mx donde el Asegurado podrá consultar la siguiente información de forma permanente y actualizada:

- A. Tabulador de Procedimientos Médicos PLENIT (Reembolso solamente).
- B. Red de Prestadores de Servicios en la que se incluye el nivel hospitalario de cada proveedor.
- C. Formatos para la Reclamación de un Evento: aviso de Accidente o Enfermedad, informe médico.

7. Cláusulas Generales

7.1. Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual se encuentre dentro de la República Mexicana.

7.2. 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 del 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.

7.3. Registro de Asegurados

PLENIT formará un registro de Asegurados en este seguro, el cual deberá contar con la siguiente información:

- A. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad Asegurada.
- B. Suma Asegurada o regla para determinarla.
- C. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación de este.
- D. Número de Certificado Individual.
- E. Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia de este registro.¹

7.4. Reconocimiento de Antigüedad en otros seguros similares

El reconocimiento de Antigüedad opera sobre las siguientes bases:

Para efectos de esta cláusula, la Antigüedad es el periodo en que el Asegurado ha estado cubierto continuamente e ininterrumpidamente en una o varias Pólizas de seguros de gastos médicos mayores en alguna institución de seguros mexicana.

Este beneficio certifica, previa comprobación, que PLENIT reconoce a cada uno de los Asegurados, la Antigüedad que hayan acumulado a partir del inicio de vigencia de la Póliza de gastos médicos mayores donde hayan tenido cobertura continua e ininterrumpida, hasta el inicio de vigencia de la Póliza con PLENIT.

Si la Antigüedad se interrumpe por cualquier periodo al descubierto, la fecha de Antigüedad será la fecha inicial de la cobertura inmediata posterior.

Se entiende que el reconocimiento de Antigüedad es sólo para efectos de reducir los Periodos de Espera que marcan estas condiciones generales en su sección 4. Padecimientos y tratamientos cubiertos con Período de Espera. En los casos en que específicamente se requiera que la Antigüedad sea en PLENIT, se tomará en cuenta el período acumulado en la misma.

El reconocimiento de Antigüedad no implica cubrir Padecimientos Preexistentes y tampoco pagar complementos.

7.5. Alta de Asegurados

“Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.

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

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.²³

Lo anterior es aplicable para el caso de matrimonio o nacimiento, considerando como fecha de elegibilidad la del matrimonio civil o nacimiento, respectivamente. Los hijos nacidos durante la vigencia de esta cobertura serán amparados desde la fecha de su nacimiento.

¹ Artículo 13 del Reglamento del Seguro Colectivo

³ Artículo 17 del Reglamento del Seguro Colectivo

Los dependientes podrán ser incluidos bajo esta Póliza siempre que no hayan cumplido la edad límite asegurable, en cualquiera de las fechas siguientes:

- A. En la fecha en que el Asegurado se dé de alta al seguro.
- B. En la fecha en que el Asegurado los reconozca como tales, dentro de un período máximo de 30 (treinta) días, posteriores al Evento que lo origina.
- C. El Asegurado Titular podría solicitar la inclusión de dependientes en fecha distinta a la especificada anteriormente, pero en estos casos se aplicará un Periodo de Espera para estos dependientes de 60 (sesenta) días y mediante la presentación de la prueba de asegurabilidad que exija PLENIT, la cual incluirá un certificado médico sobre el estado de salud del solicitante.

Las altas de los Asegurados serán inscritas a través de un Endoso a la Póliza. Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la Prima correspondiente.

7.6. Baja de Asegurados

“Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima de Riesgo no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente y dentro del plazo máximo de 15 (quince) días hábiles siguientes a que se notifique la baja.”⁴

7.7. Autoadministración

Cuando el Contratante y PLENIT así lo convengan mediante acuerdo en la misma solicitud de la póliza de seguro, la Póliza podrá ser autoadministrada, rigiendo en tal caso las siguientes bases:

PLENIT dará cobertura a cada Asegurado, mientras se encuentre en vigor la Póliza, a las personas que se integren a la Colectividad Asegurable y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad que PLENIT solicite, para lo cual será requisito indispensable la solicitud por escrito del Contratante. El incumplimiento de esta solicitud traerá como consecuencia que PLENIT, en caso de siniestro, solo cubrirá a los Asegurados de los que tenga conocimiento.

El cobro de las Primas resultantes del alta de Asegurados se calculará a prorrata considerando la edad del Asegurado y la fecha de alta a la Póliza, dicha Prima se acumulará en los saldos pendientes de cobro de la Póliza.

Causarán baja de esta Póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurable, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a PLENIT, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto para siniestros ocurridos antes de dicha separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de PLENIT a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a PLENIT.

La devolución de las primas de riesgo resultantes de la baja de asegurados se calculará a prorrata, considerando la diferencia en días entre la fecha de baja del asegurado y la fecha de fin de vigencia de la póliza; dicha prima de riesgo se acumulará en los saldos pendientes por devolver de la póliza.

⁴ Artículo 18 del Reglamento del Seguro Colectivo

Al término de la Vigencia de la Póliza, PLENIT generará un recibo correspondiente a la Prima de ajuste por movimientos de todos los Endosos elaborados durante la vigencia de la Póliza correspondientes a las altas, bajas y cambios que hayan implicado Prima y que fueron acumulados en los saldos de la Póliza, el Contratante se obliga a pagar dicho ajuste en un plazo no mayor a 15 (quince) días, sin importar que renueve o no con PLENIT.

Al finalizar la vigencia de la Póliza, el Contratante contará con 15 (quince) días para liquidar los recibos de Primas pendientes y/o el ajuste anual, sin importar que renueve o no con PLENIT. Si el Contratante renueva la Póliza con PLENIT y no lleva a cabo el pago de Primas pendientes y/o el ajuste anual de la Vigencia anterior, se procederá de la siguiente manera:

- Si el Contratante lleva a cabo el pago de la Prima o la fracción correspondiente de ella de esta Póliza, PLENIT aplicará los recibos pendientes de Primas y/o el ajuste anual contra dicho pago y el Contratante deberá efectuar el pago correspondiente a la nueva Vigencia durante el Periodo de Gracia establecido.
- En caso de concluir el Periodo de Gracia, sin que el Contratante hubiera liquidado los recibos pendientes de Primas y/o el Ajuste Anual de la vigencia anterior y/o la Prima o fracción correspondiente a la nueva vigencia, PLENIT no podrá continuar con el pago de reclamaciones y procederá a cancelar la Póliza.

En virtud del presente convenio, el Contratante se obliga a integrar y mantener actualizado el expediente relativo a esta Póliza y de cada uno de los Asegurados que integran la Colectividad Asegurada, con la información mínima requerida por el Reglamento de Seguro Colectivo, dando acceso ilimitado a dicha información a PLENIT, y en su caso, obligándose a proporcionar la información y los documentos que obren en los expedientes respectivos, dentro de los 02 (dos) días hábiles siguientes a que reciba la petición expresa y por escrito por parte de PLENIT.

7.8. Obligaciones del Contratante

El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

- A. Notificar a PLENIT por escrito y dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que se verifique, el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, señalando en los casos en que el seguro se otorgue para cubrir o garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del propio Contratante.
- B. Notificar a PLENIT por escrito y dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de los integrantes de la Colectividad Asegurada.
- C. Notificar a PLENIT por escrito y dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que se verifique, cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de PLENIT a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a PLENIT.

Las obligaciones establecidas en la presente cláusula no serán exigibles al Contratante cuando se trate de Pólizas autoadministradas.

7.9. Edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por PLENIT, se aplicarán las siguientes reglas:

- A. Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad, se pague una Prima menor de la que correspondería, por la edad real, la obligación de PLENIT se reducirá a la que con la Prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo con la edad real, en la fecha de celebración del contrato.

- B. Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, PLENIT estará obligada a reembolsar al Contratante y/o Asegurado la diferencia entre la prima neta pagada y la prima neta correspondiente a la edad real del asegurado al momento de su ingreso a la Colectividad Asegurada, reduciéndose las Primas ulteriores de acuerdo con la edad real.

7.10. Edades de admisión

PLENIT no aceptará el ingreso a esta Póliza a miembros de la Colectividad Asegurable cuya edad no esté dentro de sus límites de aceptación y renovación, considerando como edad mínima 18 (diez y ocho) años y edad máxima 70 (setenta) años de edad para los titulares y edad mínima 0 (cero) años y edad máxima 25 (veinticinco) años para dependientes.

7.11. Certificados Individuales

La Aseguradora deberá expedir y entregar al Contratante, para que éste a su vez lo entregue a los Asegurados, un Certificado para cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.

El certificado deberá contener al menos los datos previstos por el Artículo 16 del Reglamento del Seguro Colectivo.

El Contratante será responsable de hacer del conocimiento de los Asegurados la información a que se refiere la presente cláusula, en sustitución de la obligación de PLENIT de expedir el Certificado correspondiente. No obstante, el Asegurado tendrá en todo momento el derecho de solicitar a PLENIT el Certificado correspondiente.

7.12. Vigencia de la Póliza y de los Certificados

Salvo pacto en contrario, la Vigencia de este Contrato será de 1 (un) año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza. Para cada Asegurado, la vigencia del seguro será la que aparezca en el respectivo Certificado Individual.

7.13. Periodo de Beneficio

El Periodo de Beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y finalizará dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la terminación de Vigencia del respectivo Certificado; siempre y cuando éste sea renovado sin interrupción, caso en el que el Periodo de Beneficio será prorrogado por otro período de seguro.

En todo caso, PLENIT cubrirá el pago de los gastos derivados de las Enfermedades o Accidentes ocurridos durante la Vigencia del Certificado, con límite en el primero de los siguientes Eventos que ocurra:

- A. Al verificarse la recuperación de la salud o vigor vital respecto a la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado, o
- B. Al agotarse la Suma Asegurada, o
- C. Al vencimiento del periodo de beneficio previsto en el primer párrafo de la presente cláusula.

7.14. Terminación de la Póliza

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

- A. Al concluir la Vigencia que aparece en la carátula de la Póliza.
- B. Terminado el Periodo de Gracia para el pago de las Primas correspondientes, sin que se hubiere efectuado el pago de las mismas.

Respecto de cada Asegurado, cesarán automáticamente los efectos de este contrato, quedando sin validez el Certificado Individual respectivo:

- A. Cuando el Asegurado Titular pierda su calidad de miembro de la Colectividad Asegurada, terminarán los beneficios del seguro tanto para el Asegurado Titular como para sus Asegurados Dependientes.
- B. Cuando un Asegurado Dependiente pierda tal condición. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de dependiente, de acuerdo con los términos de este contrato.

7.15. Cancelación anticipada del seguro

Este seguro podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a PLENIT. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

En este caso, PLENIT tendrá derecho a la parte de la Prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor. En consecuencia, PLENIT restituirá al Contratante o Asegurado según corresponda, la Prima de riesgo no devengada dentro del plazo de 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que se solicitó la cancelación.

7.16. Conversión a Póliza Individual

PLENIT no otorga el derecho de conversión a una Póliza individual para los integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva de la misma.

7.17. Renovación de la Póliza

El Contrato de Seguro podrá renovarse mediante Endoso a la Póliza, si dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de Vigencia de cada periodo de seguro, el Contratante o PLENIT no dan aviso por escrito a la otra parte su voluntad de no renovarlo, y siempre y cuando se reúnan los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades a la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro.

A la Renovación se aplicarán las Primas de tarifa, los Deducibles y Coaseguros vigentes obtenidos conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas, los cuales PLENIT estará obligado a informar al Contratante con al menos 20 (veinte) días hábiles de antelación a la terminación de la Vigencia.

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

7.18. Primas

La Prima de la Póliza es la suma correspondiente a cada uno de los Asegurados de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de la Póliza y la edad alcanzada de cada Asegurado.

En cada Renovación o inclusión de Asegurados, la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los mismos, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.

La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y el Contratante deberá pagarla por los medios designados por PLENIT.

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 periodo de pago pactado.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, se aplicará a la misma la tasa de financiamiento por pago fraccionado de la Prima pactada por las partes al momento de celebrar el contrato.

La prima podrá ser pagada por el Contratante mediante transferencia bancaria, cargo a tarjeta bancaria o algún otro instrumento bancario que PLENIT tenga disponible; en estos casos, el estado de cuenta bancario en el que aparezca el cargo correspondiente hará prueba del pago de la prima.

7.19. Periodo de Gracia para el pago de Primas

Para liquidar la Prima o fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, el Contratante gozará de un Periodo 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 Periodo de Gracia, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En este Periodo de Gracia no se otorgará el Servicio de Pago Directo, si la Póliza no ha sido pagada, otorgándose en este caso, el servicio de Reembolso.

7.20. Comisiones y Compensaciones Directas

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a PLENIT 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. PLENIT 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.

7.21. Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente

PLENIT solo podrá realizar el rechazo de una Reclamación por Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando:

- A. 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.
- B. 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.
- C. Previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado ha hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

7.22. Subrogación

De conformidad con el Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la compañía 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. PLENIT podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y PLENIT 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.

PLENIT se subrogará hasta por la cantidad pagada en los derechos del Asegurado, así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro. Si PLENIT lo solicita a costa de ésta, el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública.

7.23. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de la propia institución de seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en términos de lo dispuesto en los Artículos 50-bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios 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 contado 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.

7.24. Indemnización por mora en el pago

Si PLENIT no cumple con sus obligaciones bajo Contrato, deberá pagar al Asegurado una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

7.25. Modificaciones y notificaciones

Las condiciones generales de la Póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo escrito entre el Contratante y PLENIT, lo cual deberá constar por escrito como lo indica el Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro mediante Endosos o cláusulas adicionales y ser previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo previsto por el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier persona no autorizada por PLENIT carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: "Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, El Asegurado podrá 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."

Toda notificación a PLENIT deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social que consta en la carátula de la Póliza. PLENIT efectuará los avisos y notificaciones al último domicilio que conozca del Contratante y/o del Asegurado.

7.26. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o de PLENIT, serán en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

En el caso de la cobertura de Emergencia en el Extranjero, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo con las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados de acuerdo con el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se realice el pago.

7.27. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a PLENIT de acuerdo con la solicitud y 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.

La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior facultará a PLENIT para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Esta cláusula solo será aplicable a los Asegurados que otorguen su consentimiento, después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada; o bien en los casos en los que el objeto del contrato no consiste en el otorgamiento de una prestación laboral y la incorporación de cada integrante de la Colectividad a la misma sea de manera voluntaria.

7.28. Otros seguros

Si al momento de la Reclamación las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a PLENIT fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) con relación al Evento del cual solicite la indemnización.

7.29. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción, consignados en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la Reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la Reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamación de PLENIT.

7.30. Responsabilidad civil

En virtud de la libertad de elección del Asegurado para recibir la atención de los Padecimientos o Accidentes cubiertos por esta Póliza, PLENIT no será responsable ante el Asegurado, Asegurados Dependientes, beneficiarios o causahabientes, de cualquier daño o perjuicio que sufran como consecuencia de las opiniones, hechos u omisiones, en que incurran en el ejercicio de su actividad profesional los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier Enfermedad amparada o Accidente amparado. No obstante, PLENIT se obliga a garantizar el cumplimiento de las obligaciones asumidas en el presente Contrato frente al Asegurado y el nivel de servicio ofrecido con los prestadores de la Red de Prestadores de Servicios.

7.31. Unidad especializada y datos de CONDUSEF

El Asegurado podrá presentar sus consultas y reclamaciones relacionadas con el Contrato de Seguro en la Unidad Especializada de PLENIT.

Información de contacto

Unidad Especializada de PLENIT

29 Sur 127, Colonia La Paz, 72160, Puebla, Puebla.

Teléfono: (22) 2690 7110

Correo electrónico: une@plenit.mx

Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs y viernes de 9:00 a 15:00 hrs

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros (CONDUSEF)

Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México,

Teléfono: (55) 5340 0999

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Página Web: www.condusef.gob.mx

7.32. Expediente de Identificación

De conformidad las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas aplicables a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, será obligación del Contratante:

- A. Integrar y conservar en sustitución de PLENIT, el expediente de identificación de cada una de las personas aseguradas en esta Póliza con los datos y documentos correspondientes, de conformidad con la Política de Identificación del Cliente que PLENIT le dé a conocer por escrito.
- B. Poner a disposición de PLENIT los expedientes de identificación antes señalados dentro del plazo que ésta le indique, en caso de ser requeridos por autoridad competente, dentro del término que se le conceda a esta última.
- C. Permitir a PLENIT con la periodicidad que ésta les comunique por escrito, la verificación aleatoria de los expedientes de identificación de los asegurados.
- D. Conservar el expediente de aquellos trabajadores o personal, una vez que dejen de prestar sus servicios para dicho Contratante, así como cuando concluya la relación con PLENIT derivada de la presente Póliza.

7.33. Entrega electrónica 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.

7.34. Aviso de Privacidad Simplificado

PLENIT COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V, con domicilio en: calle 29 Sur 127, Colonia La Paz, 72160, Puebla, Puebla, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza 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 contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; ; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer más información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.plenit.mx

“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 20 de noviembre del 2025, con el número CNSF-S0132-0389-2025/CONDUSEF.”

8. ENDOSOS OPCIONALES

8.1. Endoso para eliminación de Deducible y Coaseguro

Por medio del presente Endoso se eliminan los conceptos de Deducible y Coaseguro establecidos en las condiciones generales de la Póliza, para ser aplicados de conformidad con lo siguiente:

- Para Reclamaciones por Enfermedad, con Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios incluidos en la Red de Prestadores de Servicios aplicará:
 - A. Servicio de Pago Directo y/o Cirugía Programada únicamente de la cobertura básica se eliminan los siguientes conceptos: Deducible (de la cobertura básica), Coaseguro (de la cobertura básica) y tope de Coaseguro (de la cobertura básica).
 - B. Sistema de pago por Reembolso aplicaran en todos los casos los siguientes conceptos y por lo tanto no será aplicable la eliminación de los mismos: Deducible (de la cobertura básica), Coaseguro (el indicado en la cobertura básica de la Póliza) y tope de Coaseguro (el indicado en la cobertura básica de la Póliza).

Si el Médico no es parte de la red de Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios, pero decide aceptar el Tabulador de Procedimientos Médicos PLENIT, entonces aplicará el Deducible y Coaseguro indicados en el presente Endoso como si fuera parte de la red de Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios. Esto únicamente opera en Pago Directo y Programación.

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación alguna.

“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 20 de noviembre del 2025, con el número CNSF-S0132-0389-2025/CONDUSEF.”

8.2. Endoso cobertura de accidente en motocicleta

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubren los gastos originados sujetos al Tabulador de Procedimientos Médicos PLENIT, por tratamientos o intervenciones ocasionados por Accidente sufrido mientras el Asegurado viaje como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas excepto por:

- Práctica como deporte, pruebas de resistencia, competencia y/o velocidad; ya sea profesional.
- Cuando el Accidente ocurra en autopista o carretera.

Para poder operar esta cobertura, es necesario que el Asegurado presente acta del Evento ante el Ministerio Público o ante la autoridad jurisdiccional municipal, estatal o federal que corresponda.

Debiendo cumplir con la reglamentación vigente para el uso de vehículos motorizados aplicable en el lugar del Accidente, contar con licencia de motociclista en vigor, y que el Asegurado no se encuentre bajo el influjo del alcohol u otras drogas psicotrópicas.

Las condiciones que aplicarán a esta cobertura son las siguientes:

Suma Asegurada: _____

Deducible: _____

Coaseguro: _____

Tope de Coaseguro: _____

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación alguna.

“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 20 de noviembre del 2025, con el número CNSF-S0132-0389-2025/CONDUSEF.”

9. Anexo de transcripción de referencias legales

9.1. Ley Sobre del Contrato de Seguros

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 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

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 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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 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.

Artículo 152.- La Póliza de seguro de caución se expedirá por duplicado, conservando un ejemplar el contratante y el otro la aseguradora. Además de los requisitos del Artículo 20 de esta Ley, la Póliza deberá contener la firma del contratante del seguro y una cláusula en la que se señale que la empresa de seguros asumirá el riesgo ante el asegurado mediante la expedición de un certificado de seguro de caución, al que el contratante del seguro reconoce la misma fuerza y validez que a la Póliza.

9.2. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los Artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el

primer párrafo de este Artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del Artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del Artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio Artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente Artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

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.

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.

Artículo 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los Artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del Artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiese ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este Artículo o que, en su caso, pudiese contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este Artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este Artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquellas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente Artículo, y
- d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este Artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente Artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos 10 (diez) años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en este u otros ordenamientos aplicables. La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionadas con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este Artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación.

La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este Artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el Artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el Artículo 46 fracción XV, en relación con el Artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este Artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este Artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los Artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este Artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

9.3. 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.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el Artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario, la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso de que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional, se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación, se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a esta, se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el Artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar la explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y, en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la Suma Asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen al que hace referencia el Artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

9.4. Código Penal Federal

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este Artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

- I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
- II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
- III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del Artículo 139.

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el Artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes: I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

- 1) Terrorismo, previstos en los Artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
- 2) Sabotaje, previsto en el Artículo 140;
- 3) Terrorismo Internacional, previsto en los Artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;
- 4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los Artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
- 5) Robo, previsto en el Artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los Artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días de multa a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el Artículo 139 Quáter de este Código.

Artículo 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstas en los Artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los Artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o partícipe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los Artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la

averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

I.- Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el Artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico. Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso, sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del Artículo 474 de dicho ordenamiento.

II.- Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el Artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito. Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente Artículo.

III.- Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

IV.- Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualquiera de las sustancias comprendidas en el Artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este Artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este Artículo.

Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el Artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el Artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso, sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del Artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el Artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el Artículo 194 de este código.

Artículo 195 Bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el Artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el Artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso, sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del Artículo 474 de dicho ordenamiento.

Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el Artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

I.- Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos, además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas, se le impondrá, además, la baja definitiva de la Fuerza Armada a la que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso.

II.- La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente

III.- Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;

IV.- Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;

V.- La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valga de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;

VI.- El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el Artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y

VII.- Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o permitiere su realización para algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso, además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión público hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este Artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el Artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz de comprender la relevancia de la conducta o de resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el Artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el Artículo 193.

Artículo 198.- Al que, dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurren escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años. Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a las de la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el Artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho Artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto como conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los Artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I.- Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquel a sabiendas de esta circunstancia. Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II.- Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III.- Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe que van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este Artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este Artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y

c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el Artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este Artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

“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 20 de noviembre del 2025, con el número CNSF-S0132-0389-2025/CONDUSEF.”