



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

Condiciones Generales

Seguro Indemnizatorio Alaiv Colectivo

Contenido

Aviso de Privacidad	7
1. DEFINICIONES	8
1.1. Accidente.....	8
1.2. Accidente Vascular Cerebral.....	8
1.3. Asegurado.....	8
1.4. Asegurado Titular.....	8
1.5. Beneficiario.....	8
1.6. Cáncer.....	8
1.7. Cáncer In Situ.....	8
1.8. Carátula de la Póliza.....	8
1.9. Check Up.....	¡Error! Marcador no definido.
1.10. Compañía.....	8
1.11. Condiciones Generales.....	9
1.12. Condiciones Particulares.....	9
1.13. Contratante.....	9
1.14. Contrato de Seguro.....	9
1.15. Colectividad.....	9
1.16. Dependiente Económico.....	9
1.17. Diagnóstico de Cáncer.....	9
1.18. Emergencia o Urgencia Médica.....	9
1.19. Endoso.....	9
1.20. Enfermedad.....	9
1.21. Enfermedades o Padecimientos Preexistentes.....	10
1.22. Enfermedad Terminal.....	10
1.23. Esclerosis Múltiple.....	10
1.24. Evento.....	10
1.25. Exclusiones.....	10

1.26.	Extraprima.....	10
1.27.	Fractura.....	11
1.28.	Fractura Múltiple Cerrada.....	11
1.29.	Fractura Múltiple Expuesta.....	11
1.30.	Fractura Incompleta Cerrada.....	11
1.31.	Fractura Incompleta Expuesta.	11
1.32.	Infarto Agudo al Miocardio.	11
1.33.	Insuficiencia Renal Crónica.....	11
1.34.	Medicina.....	11
1.35.	Medicina Alternativa.	11
1.36.	Medicina Convencional.	11
1.37.	Medicina Interna.	11
1.38.	Médico.....	12
1.39.	Médico Especialista.....	12
1.40.	Médico Internista.	12
1.41.	Medios Electrónicos.	12
1.42.	Nefrólogo.	12
1.43.	Neurólogo.	12
1.44.	Operaciones Electrónicas.	12
1.45.	Periodo de Carencia.	¡Error! Marcador no definido.
1.46.	Período de Espera.	12
1.47.	Periodo de Gracia.	12
1.48.	Póliza.....	12
1.49.	Práctica o Actividad Profesional de Deportes.	13
1.50.	Padecimiento Preexistente.....	13
1.51.	Prima Neta No Devengada.....	13
1.52.	Procedimiento Quirúrgico.	13
1.53.	Quemadura.	13

1.54.	Quemaduras de Primer Grado.....	13
1.55.	Quemaduras de Segundo Grado.....	13
1.56.	Quemadura de Tercer Grado.	13
1.57.	Renta Diaria por Hospitalización.....	13
1.58.	Siniestro.....	14
1.59.	Vigencia.....	14
2.	COBERTURAS	14
2.1.	Muerte Accidental.....	14
2.2.	Gastos Funerarios por Muerte Accidental.....	14
2.3.	Indemnización Diaria por Accidente.....	14
2.4.	Pérdidas Orgánicas.....	15
2.5.	Invalidez Total y Permanente por Accidente.	16
2.6.	Fractura de Huesos.....	16
2.7.	Quemaduras Graves.	18
2.8.	Por Diagnóstico de Cáncer.	18
2.9.	Cáncer Femenino	20
2.10.	Cáncer Masculino	22
2.11.	Infarto Agudo al Miocardio.	24
2.12.	Accidente o Infarto Vascular Cerebral.	24
2.13.	Enfermedades Terminales del Hígado	24
2.14.	Insuficiencia Renal Crónica.....	25
2.15.	Servicios de Asistencia	25
3.	EXCLUSIONES GENERALES.....	31
4.	CLAUSULAS GENERALES.	33
4.1.	Inicio y Terminación de Vigencia.....	33
4.2.	Terminación del Contrato.....	33
4.3.	Renovación Automática.....	33
4.4.	Conversión a Individual.	34

4.5.	Cambio de Plan.	34
4.6.	Suma Asegurada.	34
4.7.	Inexactitud en la Indicación de la Edad.	34
4.8.	Edades de Admisión.	34
4.9.	Registro de Asegurados.	35
4.10.	Alta de Asegurados.	35
4.11.	Baja de Asegurados.	36
4.12.	Certificados Individuales.	36
4.13.	Autoadministración.	36
4.14.	Reconocimiento de Antigüedad de otros seguros similares.	37
4.15.	Obligaciones del Contratante.	37
4.16.	Moneda.	38
4.17.	Prima.	38
4.18.	Dividendos.	38
4.19.	Período de Gracia para el pago de la prima.	39
4.20.	Rehabilitación.	39
4.21.	Carencia de Restricciones.	39
4.22.	Extinción de las Obligaciones de la Compañía.	39
4.23.	Omisiones o Inexactas declaraciones.	39
4.24.	Fraude, Dolo o Mala Fe.	40
4.25.	Indisputabilidad.	40
4.26.	Edad de Aceptación.	40
4.27.	Prescripción.	41
4.28.	Competencia.	41
4.29.	Notificaciones.	41
4.30.	Modificaciones.	42
4.31.	Entrega de Documentación por Medios Electrónicos.	42
4.32.	Intermediación.	43

4.33.	Impuesto.	43
4.34.	Lugar y Pago de la Indemnización.	43
4.35.	Indemnización por Mora.	43
4.36.	Acuerdo de Arbitraje.	45
4.37.	Subrogación.	¡Error! Marcador no definido.
4.38.	Designación de Beneficiario.	46
4.39.	Agravación del Riesgo.	46
4.40.	Aviso de Privacidad Simplificado.	48
5.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.	48
5.1.	Aviso del Siniestro.	48
5.2.	Comprobación del Siniestro.	48
5.3.	Pago del Siniestro.	49

Aviso de Privacidad

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

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

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

1. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones aplicarán para todas y cada una de las secciones contenidas en la presente Póliza de seguro

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta Póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular; y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

1.1. Accidente.

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado y sea considerado como tal en el acta del ministerio público. **Por lo tanto, no se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte, causadas intencionalmente por el Asegurado en su persona.**

1.2. Accidente Vascular Cerebral.

Emergencia médica que se presenta cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe o se reduce, impidiendo que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes.

1.3. Asegurado.

Es la persona física que en sí misma está expuesta al riesgo cubierto por la presente Póliza.

1.4. Asegurado Titular.

Es el Asegurado principal, quien podrá asegurar a su cónyuge y/o a sus hijos.

1.5. Beneficiario.

Persona física y/o moral designada en la Póliza por el Asegurado, como titular de los derechos indemnizatorios y que se establece en la póliza individual correspondiente.

1.6. Cáncer.

Se entenderá como cáncer, al conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, que puede ser mediante la presencia de uno o más tumores caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y, la invasión y destrucción de tejidos normales (metástasis); dentro de estos, se incluye el Linfoma (Enfermedad de Hodgkin) y Leucemia.

1.7. Cáncer In Situ.

Es un tipo de cáncer que está presente en el lugar donde se originó y no se ha expandido a otras partes y órganos del cuerpo.

1.8. Carátula de la Póliza.

Documento que forma parte del Contrato de Seguro que contiene los datos generales de identificación, tanto del Asegurado como del Contrato de Seguro particular, así como la enumeración de los riesgos cubiertos, los límites máximos de responsabilidad de la Compañía, el monto de las primas y otros valores a cargo del Contratante o Asegurado.

1.9. Compañía.

Se refiere a Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

1.10. Condiciones Generales.

Es el conjunto de cláusulas que regulan las relaciones contractuales entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado y los Beneficiarios; que operan en forma independiente a las condiciones particulares aplicables a los riesgos individualizados, cubiertos por la Póliza de seguro. Las condiciones generales se establecen de forma unilateral por parte de la Compañía, y el Contratante y el Asegurado, se adhieren a dichas condiciones con la aceptación del Contrato de Seguro.

1.11. Condiciones Particulares.

Son todas aquellas cláusulas o disposiciones en las que se establecen las condiciones de cobertura propias o privativas de los riesgos específicos que se aseguran en la Póliza, y adicionalmente recogen aspectos concretos relativos a dicho riesgo individualizado.

1.12. Contratante.

Persona moral cuya solicitud de seguro ha aceptado la Compañía, con base en la información y documentos proporcionados por éste en conjunto con el Asegurado Titular, teniendo él a su cargo la obligación del pago de la prima correspondiente y demás obligaciones que se estipulen en la Póliza.

1.13. Contrato de Seguro.

Documento o convenio suscrito por la Compañía en el que se establecen las normas que han de regular la relación de aseguramiento entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado y los Beneficiarios, especificándose sus derechos y obligaciones respectivos.

1.14. Colectividad.

Se entenderá por colectividad a cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

1.15. Dependiente Económico.

Cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado Titular e hijos solteros incluidos en la Póliza.

1.16. Diagnóstico de Cáncer.

Es el análisis que debe basarse únicamente sobre el criterio de protocolo aceptado de ser maligno, y basado en el estudio de su composición histológica, integrando un diagnóstico clínico que deberá respaldarse con pruebas de patología.

1.17. Emergencia o Urgencia Médica.

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

1.18. Endoso.

Documento que forma parte del Contrato de Seguro en el que constan las modificaciones que se hacen al Contrato de Seguro, y en el que se indica el número de versión de dicha Póliza. Lo señalado en este documento prevalecerá sobre la documentación contractual en todo aquello que lo contraponga.

1.19. Enfermedad.

Toda alteración física o mental en el individuo, provocada por una lesión orgánica o funcional, permanente o transitoria, causada por trastornos metabólicos, agentes físicos, químicos, biológicos o psicosociales; que

puede o no imposibilitarle para el desempeño del trabajo o actividades de la vida diaria y requiere de la atención médica para su prevención, curación, control o rehabilitación.

1.20. Enfermedades o Padecimientos Preexistentes.

Se considerará preexistente, cualquier Enfermedad o Padecimiento de los que, previamente a la celebración del Contrato de Seguro:

- a) Se haya sido declarado antes de la celebración del contrato;
- b) Sean comprobables por la existencia de un expediente médico o resumen clínico, en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- c) Se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por Enfermedad Preexistente cuando cuente con cualquiera de las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que se hayan hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el expediente médico o clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía previo a la emisión de la póliza, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a las enfermedades preexistentes respecto de las enfermedades relativas al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticadas en el citado examen.

En caso de que exista alguna controversia que se suscite por alguna Enfermedad o Padecimiento Preexistente se aplicará lo dispuesto en la cláusula de Arbitraje.

1.21. Enfermedad Terminal.

Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples; impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

1.22. Esclerosis Múltiple.

Enfermedad crónica producida por la degeneración de las vainas de mielina de las fibras nerviosas, que ocasiona trastornos sensoriales y del control muscular.

1.23. Evento.

Enfermedad, Accidente o Padecimiento, junto con todos sus síntomas, consecuencias, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones; de manera que se considera que un Evento ha terminado cuando la persona recupera la salud.

1.24. Exclusiones.

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la Póliza y que se encuentran expresamente indicadas bajo las condiciones que le aplican a ésta.

1.25. Extraprima.

Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía por la existencia de factores de riesgo agravados.

1.26. Fractura.

Lesión traumática de un hueso caracterizada por interrupción de la continuidad del tejido óseo.

1.27. Fractura Múltiple Cerrada.

Fractura caracterizada por presentar varias líneas de separación en un hueso o Fractura de varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo sin rompimiento o traspaso de la piel.

1.28. Fractura Múltiple Expuesta.

Fractura caracterizada por presentar varias líneas de separación en un hueso o Fractura de varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo que además rompe o traspasa la piel.

1.29. Fractura Incompleta Cerrada.

Es la Fractura en la cual no hay separación de fragmentos y no presenta rompimiento o traspaso de la piel.

1.30. Fractura Incompleta Expuesta.

Es la Fractura en la cual no hay separación de fragmentos y rompe o traspasa la piel.

1.31. Infarto Agudo al Miocardio.

El Infarto Agudo al Miocardio es una necrosis miocárdica que se produce como resultado de la obstrucción aguda de una arteria coronaria.

1.32. Insuficiencia Renal Crónica.

La Insuficiencia Renal Crónica se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años; expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina. También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinometabólicas

1.33. Medicina.

Conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puedan producir.

1.34. Medicina Alternativa.

Conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional o científica. Cuando la medicina alternativa se aplica junto con la medicina convencional se denomina medicina complementaria

1.35. Medicina Convencional.

La Medicina convencional también denominada Medicina científica, occidental, ortodoxa o alopática, es la Medicina según la practican quienes poseen títulos de M.D. (doctor en Medicina) o D.O. (doctor en osteopatía) y los profesionales sanitarios asociados, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras tituladas.

1.36. Medicina Interna.

La Medicina Interna es una especialidad médica que se encarga de la atención integral del adulto, así como del diagnóstico y tratamiento no quirúrgico y la prevención de Enfermedades. Lo más característico de esta especialidad es la visión global de la persona enferma.

1.37. Médico.

Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la Medicina.

1.38. Médico Especialista.

Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente, comprobante de posgrado y certificación de la Secretaría de Salud o autoridad competente, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad de que se trate.

1.39. Médico Internista.

Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente, comprobante de posgrado y certificación de la Secretaría de Salud o autoridad competente, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad en Medicina Interna.

1.40. Medios Electrónicos.

Son los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados. (Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, LISF).

1.41. Nefrólogo.

Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente, comprobante de posgrado y certificación de la Secretaría de Salud o autoridad competente, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los riñones.

1.42. Neurólogo.

Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente, comprobante de posgrado y certificación de la Secretaría de Salud o autoridad competente, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan al sistema nervioso.

1.43. Operaciones Electrónicas.

Conjunto de operaciones y servicios que las Instituciones y Sociedades Mutualistas realicen con sus clientes a través de medios electrónicos.

1.44. Período de Espera.

Periodo de tiempo que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza y el momento que se establezca para el inicio de cobertura de ciertas Enfermedades o Padecimientos que estén cubiertos por la Póliza.

1.45. Periodo de Gracia.

Plazo de 30 (treinta) días naturales que otorga la Compañía al Contratante, posterior a la fecha de vencimiento de pago de la prima para cubrir dicha obligación. Si el pago de la prima vencida no se efectúa dentro del Periodo de Gracia, el Contrato de Seguro se cancela sin obligación para la Compañía.

1.46. Póliza.

Es el documento que funge como Contrato de Seguro y lo forman las condiciones generales, la Carátula de la Póliza, la solicitud de seguro, los cuestionarios y declaraciones adicionales; así como, los endosos, los recibos

de pago y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre la Compañía y el Contratante y/o Asegurado donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

1.47. Práctica o Actividad Profesional de Deportes.

La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.

1.48. Padecimiento Preexistente.

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

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- 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 resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

1.49. Prima Neta No Devengada.

La Prima Neta No Devengada es la prima de tarifa pagada menos los recargos por concepto de gastos de adquisición, gastos de administración y margen de utilidad, proporcional al período de tiempo pagado.

1.50. Procedimiento Quirúrgico.

Se entenderá por Procedimiento Quirúrgico, a toda intervención quirúrgica para el tratamiento de un Accidente.

1.51. Quemadura.

Lesión en piel y/o anexos (pelos, uñas, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas) producida por factores externos, que conducen a su destrucción total o parcial. Los factores externos considerados son físicos (calor), sustancias químicas, radiación o electricidad.

1.52. Quemaduras de Primer Grado.

Quemaduras que afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel.

1.53. Quemaduras de Segundo Grado.

Quemaduras que afectan a una profundidad más allá de la epidermis causando la formación de ampulas.

1.54. Quemadura de Tercer Grado.

Quemaduras que destruyen por completo la epidermis y dermis, y pueden dañar el tejido subcutáneo.

1.55. Renta Diaria por Hospitalización.

Es la cantidad de dinero indicada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, que la Compañía pagará al Asegurado por cada día de hospitalización.

1.56. Siniestro.

Es el hecho o la realización de la eventualidad prevista en este Contrato de Seguro, amparada por las diferentes coberturas a que se refiere esta Póliza.

1.57. Vigencia.

Es la duración determinada para cada cobertura contratada, la cual comienza a las 12:00 (doce) horas de la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la Carátula de la Póliza y termina a las 12:00 (doce) horas de la fecha de termino de Vigencia indicada en la Carátula de la Póliza.

2. COBERTURAS

El presente Contrato de Seguro está integrado por las coberturas incluidas expresamente, conforme a lo indicado en la Carátula de la Póliza correspondiente, pudiendo ser contratadas de manera independiente o en conjunto.

La Póliza brinda cobertura en el ámbito nacional, sólo estarán protegidas las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual se encuentre dentro de la República Mexicana.

La responsabilidad máxima de la Compañía para las coberturas contratadas será por la suma asegurada que se indique en cada una de ellas, de acuerdo con lo siguiente:

2.1. Muerte Accidental.

La Compañía pagará a los Beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el fallecimiento del Asegurado se produce como consecuencia directa e inmediata de un Accidente cubierto, ocurrido durante la Vigencia de la Póliza.

Se entenderá como fallecimiento aquel que ocurra a más tardar dentro de los 90 (noventa) días siguientes después de ocurrido el Accidente.

No se considerarán Accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

2.2. Gastos Funerarios por Muerte Accidental.

Si durante la Vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente ocurrido en la Vigencia de la misma, y a más tardar dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho Accidente, sobreviniere la muerte del Asegurado, la Aseguradora pagará el importe de la suma asegurada, la cual no puede ser mayor a 200,000 (doscientos mil) pesos por evento y se pagará a los beneficiarios designados para tal efecto. Estará cubierta la muerte accidental que se derive de actos dolosos cometidos en contra del Asegurado, siempre y cuando éste no sea sujeto activo del delito.

2.3. Indemnización Diaria por Accidente.

La Compañía será responsable del pago de 1 (una) renta diaria por cada día de hospitalización del Asegurado como consecuencia de un Accidente cubierto. Esta cobertura aplicará siempre y cuando hayan transcurrido por lo menos 2 (dos) días de hospitalización del Asegurado; es decir, la renta diaria será pagadera a partir del 3 (tercer) día de hospitalización continua del Asegurado y con máximo de 365 (trescientos sesenta y cinco) días.

Esta cobertura cubrirá el número de eventos, por año cobertura de cada Asegurado, especificados en la Carátula de la Póliza, por lo que la cobertura finalizará automáticamente respecto de cada uno de los Asegurados cuando ocurra alguna de las siguientes condiciones:

- I. Al concluir el número máximo de eventos especificados en la Carátula de la Póliza, o
- II. Hasta los 365 (trescientos sesenta y cinco) días de hospitalización.

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

2.4. Pérdidas Orgánicas.

La Compañía pagará el porcentaje de la escala sobre la suma asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado si durante la Vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas que se mencionan a continuación:

Por la pérdida de:	Escala A	Escala B
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, en conjunto con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice		30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice		25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice		25%
La audición total e irreversible en ambos oídos		25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar		20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior		15%
El dedo medio o el anular o el meñique		6%
Cualquier dedo del pie		6%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación o anquilosamiento total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella).
- Por pérdida del pie: la mutilación completa o anquilosamiento total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella (a nivel del tobillo o arriba de él).
- Por pérdida de los dedos: la mutilación o anquilosamiento total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos).

- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la Vigencia de la Póliza, en uno o en varios Accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para este beneficio. Asimismo, este beneficio dejará de operar al aplicarse la primera indemnización.

2.5. Invalidez Total y Permanente por Accidente.

La Compañía pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado, si sufre un estado de invalidez total y permanente a causa de un Accidente cubierto.

Se entenderá por invalidez total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un Accidente cubierto que lo imposibilite para desempeñar su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar a la Compañía el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o Médico con cédula profesional, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez total y permanente, mismos que en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un Médico Especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía, para estos efectos y; en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del Contrato de Seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez total y permanente, y no operará el Período de Espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

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

Período de Espera.

El beneficio derivado del estado de invalidez del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos 180 (ciento ochenta) días de diagnosticado el estado de invalidez total y permanente, siempre y cuando el estado de invalidez prevalezca. El periodo de espera se reducirá o eliminará si el estado de invalidez es dictaminado como se indica anteriormente, previo al vencimiento del periodo de espera.

2.6. Fractura de Huesos.

La Compañía le pagará el porcentaje de la suma contratada para esta cobertura al Asegurado si durante la Vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las fracturas de hueso que se mencionan a continuación:

Hueso	Múltiple cerrada o expuesta	Incompleta expuesta	Incompleta cerrada
Temporal	100%	70%	50%
Parietal	100%	70%	50%
Occipital	100%	70%	50%
Frontal	100%	70%	50%
Maxilar superior	80%	56%	40%
Maxilar inferior	80%	56%	40%
Clavícula	100%	70%	50%
Omóplato	100%	70%	50%
Húmero	100%	70%	50%
Cúbito	75%	53%	38%
Radio	75%	53%	38%
Esternón	50%	35%	25%
Costillas	25%	18%	13%
Pelvis	100%	70%	50%
Columna	100%	70%	50%
Fémur	100%	70%	50%
Rótula	75%	53%	38%
Tibia	100%	70%	50%
Peroné	100%	70%	50%
Tarso	25%	18%	13%
Metatarso	25%	18%	13%
Falanges de los pies	15%	11%	8%

La indemnización máxima que pagará La Compañía ya sea por la ocurrencia de una o más fracturas cubiertas, será la suma asegurada contratada para esta cobertura. Se cubrirá solamente un Evento por año por Asegurado.

Los beneficios que derivan de esta cobertura son improcedentes cuando el Siniestro se haya realizado en las siguientes condiciones o el riesgo tenga las siguientes características:

- a) Cuando el Evento sea derivado por osteoporosis o Fractura patológica (cualquier Fractura que haya sido provocada por una Enfermedad previa que haya debilitado el hueso), si la osteoporosis o la Enfermedad que haya debilitado el hueso fueron diagnosticadas antes de la fecha de emisión de la Póliza.**
- b) Si la Fractura se deriva de procesos de alumbramiento o aborto o cualquier complicación derivada de estos procesos.**

2.7. Quemaduras Graves.

La Compañía le pagará el porcentaje de la suma asegurada contratada indicado en la Carátula de la Póliza para esta cobertura al Asegurado si durante la Vigencia de la Póliza, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre quemaduras de segundo grado sobre una extensión mayor al 70% (setenta por ciento) de la zona corporal y/o quemaduras de tercer grado sobre una extensión mayor al 20% (veinte por ciento) de la zona corporal:

Las zonas corporales definidas para esta cobertura son:

- a) Cabeza y cuello.
- b) Extremidades superiores (brazos, antebrazos y manos).
- c) Extremidades inferiores (muslos, piernas y pies).
- d) Tronco (tórax y abdomen, tanto anterior como posterior)
- e) Región genital.

La indemnización máxima que pagará la Compañía ya sea por la ocurrencia de una o más quemaduras cubiertas, será la suma asegurada contratada para esta cobertura. Se cubrirá solamente un evento al año y por asegurado.

2.8. Por Diagnóstico de Cáncer.

La Compañía pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado, si se le diagnostica por primera vez Cáncer.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El diagnóstico de Cáncer se haya efectuado después del inicio de Vigencia del seguro y la Póliza se encuentre en vigor.
- b) El diagnóstico histológico lo efectúe y certifique por escrito un Médico oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológico y de laboratorio y gabinete. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.
- c) Si el Cáncer se diagnostica durante el Periodo de Espera estipulado para esta cobertura, la responsabilidad de la Compañía se limitará a reembolsar al Asegurado la Prima Neta No Devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la Póliza cancelada. Una vez pagada la suma asegurada de esta cobertura, la misma quedará automáticamente cancelada.

Cancelación.

Esta cobertura cesará para el Asegurado afectado en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la Póliza por cualquier causa.
- b) A partir del momento en que el Asegurado y/o Beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

Demostración.

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

Exclusiones:

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el Padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) **Condiciones médicas preexistentes.**
- b) **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de Cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer, previo al inicio de Vigencia del seguro.**
- c) **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de Vigencia del seguro.**
- d) **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de Vigencia del seguro.**
- e) **Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- f) **Cuando el diagnóstico sea realizado por un Médico que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado.**
- g) **Cuando el Cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la Póliza.**
- h) **Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
- i) **Carcinoma “in situ” y los tipos de Cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier Cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o “border line” y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**

- j) **Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- k) **Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3.**
- l) **Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
- m) **Cánceres de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cánceres de próstata de otra clasificación equivalente o menor, microcarcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1 cm de diámetro, microcarcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfocítica Crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI.**
- n) **Todo Cáncer cérvico uterino en etapas menores a IVB (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**
- o) **Todo Cáncer de mama en etapas menores a IV (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**
- p) **Todo Cáncer de próstata en etapas menores a T4 (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de Cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de Cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la Compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

2.9. Cáncer Femenino

La Compañía pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado de sexo femenino, si se le diagnostica por primera vez Cáncer con origen en las glándulas mamarias o en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Vulva, Vagina, Útero o Cérvix **(cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no estará cubierto).**

El diagnóstico deberá ser confirmado con un reporte patológico.

Cancelación

Esta cobertura cesará para el Asegurado afectado, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la Póliza por cualquier causa.
- b) A partir del momento en que el Asegurado y/o Beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

Demostración:

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

Exclusiones:

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el Padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Condiciones médicas preexistentes.**
- b) Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de Cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer, previo al inicio de Vigencia del seguro.**
- c) Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de Vigencia del seguro.**
- d) Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de Vigencia del seguro.**
- e) Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- f) Cuando el diagnóstico sea realizado por un Médico que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado.**
- g) Cuando el Cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- h) Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
- i) Carcinoma “in situ” y los tipos de Cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier Cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o “border line” y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- j) Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- k) Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3.**

- l) Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
- m) Todo Cáncer cérvico uterino en etapas menores a IVB (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**
- n) Todo Cáncer de mama en etapas menores a IV (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de Cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de Cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la Compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

2.10. Cáncer Masculino

La Compañía pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado de sexo masculino, si se le diagnostica por primera vez Cáncer con origen en la próstata o en los **testículos (cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no estará cubierto).**

El diagnóstico deberá ser confirmado con un reporte patológico.

Cancelación:

Esta cobertura cesará para el Asegurado afectado en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Al dar por terminada la Póliza por cualquier causa.
- b) A partir del momento en que el Asegurado y/o Beneficiario, en su caso, haya recibido la indemnización brindada por esta cobertura, con independencia del efecto que se tenga en las demás coberturas contratadas.

Demostración:

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

Exclusiones:

La Compañía no pagará las indemnizaciones, cuando el Padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Condiciones médicas preexistentes.**
- b) Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de Cáncer y éstos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer, previo al inicio de Vigencia del seguro.**
- c) Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de Vigencia del seguro.**

- d) Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de Vigencia del seguro.**
- e) Enfermedades relacionadas o derivadas de VIH positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.**
- f) Cuando el diagnóstico sea realizado por un Médico que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado.**
- g) Cuando el Cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- h) Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
- i) Carcinoma “in situ” y los tipos de cáncer no invasivos, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, cualquier Cáncer de piel o Melanoma de piel diferente del Melanoma Maligno y aquellos clasificados como limítrofes o “border line” y los de bajo potencial maligno, así como leucemia linfática crónica.**
- j) Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- k) Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3.**
- l) Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
- m) Cánceres de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cánceres de próstata de otra clasificación equivalente o menor, micro-carcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1 cm de diámetro, micro-carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfocítica Crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI.**
- n) Todo Cáncer de próstata en etapas menores a T4 (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de Cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la Compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

Coberturas adicionales con límites de eventos por vigencia:

Plenit otorgará el monto de suma asegurada contratada y establecida en la Carátula de la Póliza en caso de contratación de las mismas y mediante el pago de la prima correspondiente, en caso de diagnóstico de uno o más Padecimientos y/o tratamientos establecidos para las coberturas que se indican a continuación.

Se establece que estará cubierto un máximo de 2 (dos) Eventos por cada asegurado durante la Vigencia de la Póliza y así mismo se cubrirá por una única ocasión en la vida del Asegurado cada evento.

2.11. Infarto Agudo al Miocardio.

La Compañía le pagará la suma contratada para esta cobertura al Asegurado si durante la Vigencia de la Póliza al Asegurado se le realiza el primer diagnóstico de un cuadro clínico de muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria (Infarto al Miocardio).

Una vez que la Compañía haya pagado la suma asegurada contratada por motivo de Siniestro, la cobertura terminará, para el Asegurado afectado, sin posibilidad de renovación o rehabilitación.

2.12. Accidente o Infarto Vascular Cerebral.

La Compañía le pagará la suma contratada para esta cobertura al Asegurado si durante la Vigencia de la Póliza se le diagnostica por primera vez un accidente cerebro vascular, que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

El diagnóstico deberá ser confirmado por un neurólogo calificado y se demostrará mediante evidencia en resonancia magnética, tomografía computarizada, u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico.

Una vez que la Compañía haya pagado la suma asegurada contratada por motivo de Siniestro, la cobertura terminará para el Asegurado afectado sin posibilidad de renovación o rehabilitación.

2.13. Enfermedades Terminales del Hígado

La Compañía le pagará la suma contratada para esta cobertura al Asegurado si durante la Vigencia de la Póliza al Asegurado se le realiza el primer diagnóstico de una Enfermedad Terminal del hígado.

El pago que realizará la Compañía será por una sola ocasión. Una vez liquidada la suma asegurada la cobertura quedará cancelada para el Asegurado afectado.

2.14. Insuficiencia Renal Crónica.

La Compañía le pagará la suma contratada para esta cobertura al Asegurado si durante la Vigencia de la Póliza se le diagnostica por primera vez una condición en la cual los riñones dejen de funcionar correctamente, llevándolos a una falla funcional crónica e irreversible que requiera la iniciación de hemodiálisis, diálisis renal sistémica o trasplante de riñón.

El diagnóstico deberá ser confirmado por un nefrólogo o internista calificado y se demostrará mediante evidencia de historia clínica hospitalaria y estudios e interpretación que confirmen el diagnóstico.

Una vez que la Compañía haya pagado la suma asegurada contratada por motivo de Siniestro, la cobertura terminará para el Asegurado afectado sin posibilidad de renovación o rehabilitación.

2.15. Servicios de Asistencia

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

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

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

Asistencia Médica Activa

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

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

- Tratamientos.
- Enfermedades o padecimientos.
- Vacunas.
- Medidas de prevención y atención.

O cualquier otra duda dentro del área de la salud, en el primer horario disponible de los doctores del área médica.

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

Con la finalidad de mejorar el apego al tratamiento, el conocimiento y entendimiento de las enfermedades y sus complicaciones, prevenir y/o detectar a tiempo la aparición de complicaciones y establecer metas y

tratamientos individualizados de acuerdo con las necesidades de cada persona, pondrá a disposición del asegurado, los siguientes servicios:

Video Consulta o consulta telefónica de primera vez previa cita, bajo el siguiente esquema:

- Conocimiento Médico – Paciente.
- Recopilación de datos para la historia clínica.
- Estadificación y clasificación de la enfermedad.
- Establecimiento de metas individualizadas de acuerdo con las condiciones de cada caso.
- Educación acerca de la enfermedad para el asegurado y familiares.
- Educación respecto a hábitos alimenticios y de actividad física.
- Seguimiento mensual, trimestral, semestral o en el periodo de tiempo que amerite cada caso.
- Envío de información, educación continua y recordatorios respecto al padecimiento, tratamiento y complicaciones, de forma individualizada, de acuerdo con las necesidades de cada persona y de sus enfermedades.
- Seguimiento activo vía telefónica o videoconferencia, en caso de descontrol, dudas o mal apego a tratamiento.
- Posibilidad de incluir apoyo multidisciplinario, médico, nutricional, dental, físico y psicológico, por medio de un complemento del servicio. (Estos servicios pueden o no estar incluidos en el programa).
- Se expedirá receta para medicamentos de venta libre y la aceptación de la misma está sujeta a las políticas comerciales por parte de la farmacia donde se pretenda surtir.

Esta asistencia incluye el recordatorio vía telefónica para la ingesta de medicamentos previa solicitud del asegurado, esta alerta se suspenderá a petición expresa por el mismo medio de comunicación.

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

Servicio de Asistencia Nutricional Telefónica

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

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

La nutrióloga podrá brindar información sobre:

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

Este servicio no tiene 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 eximido 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 buscarán 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.

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

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

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

enfermedades crónicas degenerativas en un 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 a el asegurado el servicio de enfermería por convalecencia dentro de las principales ciudades a nivel nacional, cuando el asegurado se encuentre recuperándose de una intervención quirúrgica.

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

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

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

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

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

Exclusiones de la Asistencia de Enfermería por Convalecencia

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

- 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 presente 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.**

3. EXCLUSIONES GENERALES.

Esta Póliza no cubre los riesgos, y por tanto la Compañía no será responsable del pago de la indemnización señalada, cuando la Enfermedad o lesión diagnosticada, o la intervención quirúrgica de que se trate, sea efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Guerra declarada o no, civil o internacional, así como la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo.**
- b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.**
- c) Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.**
- d) Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos alucinógenos o drogas no prescritas por un Médico titulado.**
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otras actividades riesgosas, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente Póliza, o durante su Vigencia.**
- f) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta Póliza o durante su Vigencia.**
- g) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**

- h) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el siguiente caso: que este viajando como pasajero en un avión comercial, operado por una empresa de transporte aéreo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.**
- i) Riesgos nucleares o atómicos.**
- j) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedades cubiertas por esta Póliza.**
- k) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) positivo.**
- l) Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de presentarse el Accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocistis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
- m) Anomalías congénitas o trastornos que sobrevengan por tales anomalías o relacionadas con ellas.**
- n) Padecimientos Preexistentes a la fecha del alta del Asegurado dentro de la Póliza, declarados o no en la solicitud del seguro.**
- o) Exámenes médicos de rutina.**
- p) Enfermedades o Accidentes que resulten ser a consecuencia de lesiones que se cause a sí mismo el Asegurado, incluyendo la tentativa de suicidio.**
- q) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.**
- r) Enfermedad de las coronarias que no requieren cirugía, incluyendo en la exclusión la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.**
- s) Muerte o lesiones corporales del Asegurado, cuando la persona que comenta robo en contra de éste sea cónyuge o tenga relación de parentesco por afinidad o consanguinidad hasta el cuarto grado con el Asegurado.**
- t) Muerte o lesiones corporales del Asegurado, cuando éste sea sujeto activo de robo, sea de manera independiente o como miembro de delincuencia organizada.**

4. CLAUSULAS GENERALES.

Con la aceptación y la emisión de este Contrato de Seguro, la Compañía se obliga, mediante el cobro de la prima, a indemnizar, dentro de los límites pactados, las prestaciones convenidas en dicho contrato, el caso de que se produzca el Evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Esta póliza, la carátula de la misma, la solicitud, las condiciones generales, particulares, especiales, así como los endosos, forman parte y constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y La Compañía.

4.1. Inicio y Terminación de Vigencia.

La Vigencia de esta Póliza comienza y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la misma.

4.2. Terminación del Contrato.

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) Por falta de pago de la prima, después de los 30 (treinta) días naturales del Periodo de Gracia.

En caso de terminación anticipada a petición por escrito del Contratante. La fecha de terminación será la fecha en la que Plenit reciba tal solicitud del Contratante o la fecha indicada en la misma solicitud de terminación, la que sea posterior. En tal caso la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, y el Contratante tendrá derecho a la prima neta no devengada.

La prima neta no devengada que corresponda será pagada al contratante dentro de los 30 días hábiles siguientes a su solicitud de cancelación, lo que se realizará ya sea por cheque o vía transferencia electrónica.

Respecto de cada Asegurado, cesarán automáticamente los efectos de este contrato, quedando sin validez el certificado individual respectivo, cuando el Asegurado Titular pierda su calidad de miembro de la Colectividad Asegurada, terminado los beneficios del seguro tanto para él como para sus Asegurados dependientes y/o cuando algún Asegurado Dependiente pierda tal condición, terminando todos los beneficios únicamente para este.

4.3. Renovación Automática.

De acuerdo a lo previsto en el artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para las Operaciones de Vida y del Seguro Colectivo para las Operaciones de Accidentes y Enfermedades, podrá renovar los contratos, cuando la temporalidad sea menor de un año o de los plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

El Contrato de Seguro podrá renovarse, si dentro de los últimos 30 (treinta) días naturales de Vigencia de cada periodo de seguro, el Contratante o Plenit no da aviso por escrito a la otra parte su voluntad de no renovarlo.

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

4.4. Conversión a 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.

4.5. Cambio de Plan.

En caso de que el Contratante solicite un cambio de plan, deberá presentar la solicitud de seguro correspondiente al plan solicitado, y la aceptación del cambio estará sujeto a la aprobación por parte de la Compañía, de acuerdo con las políticas de suscripción vigentes al momento de la solicitud de cambio.

4.6. Suma Asegurada.

La suma asegurada es la protección contratada y es el monto máximo que la Compañía pagará como indemnización para cada una de las coberturas contratadas, mostrándose la suma asegurada para cada una de las coberturas contratadas, en la Carátula de la Póliza.

La suma asegurada se mantendrá fija durante todo el plazo del seguro, y no podrá incrementarse por solicitud del Contratante.

4.7. Inexactitud en la Indicación de la Edad.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de los Asegurados y esta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por Plenit, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, se pagará una prima menor de la correspondiente 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.
- II. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, Plenit estará obligada a rembolsar al Contratante la prima neta cobrada en exceso.

4.8. Edades de Admisión.

Plenit no aceptará el ingreso a esta Póliza a miembros de la Colectividad Asegurable cuya edad no esté dentro de los límites de aceptación y cancelación, considerando como edad mínima y máxima las siguientes:

Para la cobertura de Muerte Accidental, la edad mínima de admisión es de 12 (doce) años, la edad máxima de admisión es de 65 (sesenta y cinco) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de 70 (setenta) años.

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

Para las coberturas de Pérdidas Orgánicas, Indemnización Diaria e Invalidez Total y Permanente, la edad mínima de admisión es de 18 (diez y ocho) años, la edad máxima de admisión es de 65 (sesenta y cinco) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de 70 (setenta) años.

Para las coberturas de Quemaduras Graves, Fracturas de Huesos, Diagnóstico de Cáncer, Cáncer Femenino, Cáncer Masculino, Infarto Agudo al Miocardio, Enfermedad Accidente o Infarto Vascular Cerebral,

Enfermedades Terminales del Hígado, Insuficiencia Renal Crónica, , la edad mínima de admisión es de 1 (uno) años, la edad máxima de admisión es de 65 (sesenta y cinco) años, con cancelación al final de la renovación en que el Asegurado alcance la edad de 70 (setenta) años.

4.9. Registro de Asegurados.

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

- Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.
- Suma Asegurada o regla para determinarla.
- Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación de éste.
- Operación y plan de seguros de que se trate.
- Número de certificado individual.
- Coberturas amparadas.

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

4.10. 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 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 hubiere 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.

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.

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

- En la fecha en que el Asegurado se dé de alta al seguro.
- 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.
- El Asegurado Titular podría solicitar la inclusión de dependientes en fecha distinta a la especificada anteriormente, pero en estos casos se aplicará un Período 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.



Condiciones Generales Seguro Indemnizatorio Alaiv Colectivo

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 pago de la prima correspondiente.

4.11. 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.

4.12. 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 de Grupo para operaciones de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

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.

4.13. 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 al 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 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 por la baja de Asegurados se calculará a prorrata considerando la diferencia en días de 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.

Se hace constar que el Contratante se obliga dar aviso a Plenit cuando exista incremento generalizado en la prima, superior al 10% (diez por ciento) de la prima inicial, dentro de los siguientes 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha en que se da el cambio.

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 2 (dos) días hábiles siguientes a que reciba la petición expresa y por escrito por parte de Plenit.

4.14. Reconocimiento de Antigüedad de 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 continua 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.

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

4.15. Obligaciones del Contratante.

El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

- 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.
- 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.

- 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.

4.16. Moneda.

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro por parte del Contratante a la Compañía, o de ésta al Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios, deberán efectuarse en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

4.17. Prima.

La cobertura de los riesgos contemplados en el Contrato de Seguro se otorgará mediante el pago de la prima que el Contratante del seguro deberá cubrir al inicio de la Vigencia de su Póliza. La prima de la Póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio de Vigencia 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 en las oficinas de Plenit contra recibo oficial debidamente requisado, que otorgue la misma.

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

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

4.18. Dividendos.

En caso de que haya sido contratado el plan con otorgamiento de dividendos, esta opción quedará indicada en la Carátula de la Póliza.

El dividendo se calculará conforme a los procedimientos autorizados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y descritos en la Nota Técnica correspondiente autorizada.

El pago, en su caso, se realizará una vez que haya sido devengada la prima de la Póliza en su totalidad y se haya realizado el cálculo y este hubiere sido autorizado por la Campaña.

El dividendo contempla el resultado de la experiencia de la cartera de Pólizas así clasificadas con participación de dividendos de experiencia global de la cartera.

Será condición para el pago del dividendo que el Contratante confirme que no existen reclamaciones pendientes a la fecha del pago y, si fuera el caso, estas quedarán a cargo del Contratante.

4.19. Período de Gracia para el pago de la prima.

Para liquidar la prima o fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, el Contratante gozará de un Período de Gracia de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Si no hubiese sido pagada la Prima dentro del término convenido, cesarán automáticamente los efectos de esta Póliza a las 12:00 horas del último del Período de Gracia, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

4.20. Rehabilitación.

Cuando los efectos de este contrato hubieren cesado por voluntad expresa del Contratante, o se hubieren cancelado por falta de pago de la prima, este podrá ser rehabilitado conforme a los procedimientos que Plenit tenga definidos en sus límites y políticas de suscripción al momento de la solicitud de rehabilitación.

4.21. Carencia de Restricciones.

Este Contrato de Seguro no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia u ocupación siempre que ésta sea lícita, ni por la realización de viajes posteriormente a la contratación de la Póliza.

Esto no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional, así como a lo indicado en la cláusula de Agravación del Riesgo.

4.22. Extinción de las Obligaciones de la Compañía.

Las obligaciones de la Compañía se extinguirán, por efecto del incumplimiento de las obligaciones del Asegurado o Contratante por las causas señaladas en las cláusulas tituladas “Prima” e “Inexactitud en la Indicación de la Edad”.

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Contratante, del Asegurado, o, en su caso, del representante de éstos, declarar por escrito, o por el medio por el cual fue contratado el seguro, todos los hechos importantes que se le pregunten, tales como los conozca o deba conocer al momento de la celebración del contrato.

En caso de omisiones, falsas declaraciones, actuación dolosa o fraudulenta del Contratante, Asegurado o representante de éstos, al declarar por escrito en las solicitudes de la Compañía o en cualquier otro documento, ésta podrá rescindir el contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en relación con los Artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

4.23. Omisiones o Inexactas declaraciones.

El Contratante y/o Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Institución 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 de Seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si el Contrato de Seguro se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado de acuerdo con lo establecido en el artículo 9° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

La Institución Aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios la rescisión del Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la propia Institución Aseguradora conozca la omisión o inexacta declaración.

Lo anterior únicamente aplica para aquellos asegurados que ingresen a la colectividad con posterioridad a la celebración del contrato y que además otorguen su consentimiento después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad.

4.24. Fraude, Dolo o Mala Fe.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- Si el Contratante o el Asegurado, o ambos, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al Siniestro.
- Si con igual propósito no entregan en tiempo a la Compañía, la documentación o información necesaria para el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.
- Si el Contratante o el Asegurado, o ambos, presentan documentación apócrifa para que la Compañía, conozca las causas y consecuencias del Siniestro y/o se conduzcan con falsedad en sus declaraciones.

4.25. Indisputabilidad.

Este Contrato de Seguro será indisputable desde el momento en que cumpla 2 (dos) años de estar en vigor, contados a partir de su fecha de emisión o de su última rehabilitación, entendiéndose por esto que la Compañía renuncia a los derechos que conforme a la Ley tendría derivado de las omisiones, falsas o inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que sirvieron de base para la celebración del Contrato de Seguro.

Tratándose de incrementos de la suma asegurada no programados o de la inclusión de nuevas coberturas, dicho periodo correrá a partir de que éstos se hayan otorgado.

4.26. Edad de Aceptación.

Para efectos de este Contrato de Seguro se considera como edad real del Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar antes o después del pago del Siniestro, en tal caso, La Compañía hará la anotación correspondiente en la Póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y la Compañía no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas de edad cuando tenga que pagar el Siniestro.

Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, la Compañía, en este caso, rescindirá el Contrato de Seguro y únicamente devolverá la prima neta no devengada a la fecha de rescisión. La devolución se hará dentro de los siguientes 30 días hábiles siguientes a la rescisión.

Si la edad real del Asegurado se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados por la Compañía se atenderá a lo siguiente:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagará una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- Si la edad real es menor a la declarada, la suma asegurada no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la prima neta existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado, en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

4.27. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

4.28. Competencia.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de La Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, en términos del artículo 65 de Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de La Compañía:

- Domicilio: 29 sur #127, Col. La Paz. CP 72160. Puebla, Puebla
- Correo: une@plenit.mx
- Teléfono: 22 2690 7110
- Horario de Atención:

**Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de servicios Financieros
(CONDUSEF)**

- Domicilio: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.
- Correo: asesoria@consusef.gob.mx
- Teléfono: 55 5340 0999 y 800 999 8080
- Página: www.condusef.gob.mx

4.29. Notificaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse por escrito a la Compañía que se indica en la Carátula de la Póliza.

Si la Compañía cambia de domicilio, lo comunicará inmediatamente al Contratante, Asegurado, o a sus causahabientes.

El Asegurado, Contratante y/o Beneficiario, según corresponda, deberá(n) notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza.

Las comunicaciones, requerimientos o notificaciones que la Compañía deba hacer al Asegurado, Contratante y/o Beneficiario se dirigirán al último domicilio de éstos o correo electrónico que conozca la Compañía.

Para garantizar la confidencialidad de la información contenida en la Póliza, ninguna persona distinta al Contratante, Asegurado o Beneficiario podrá establecer comunicación directa con la Compañía para asuntos relacionados con esta Póliza.

4.30. Modificaciones

Al ser este seguro un contrato de adhesión, no se podrán realizar modificaciones a las condiciones generales de este Contrato de Seguro, en consecuencia, cualquier persona carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

La Compañía con el Contratante, podrán acordar realizar modificaciones a las condiciones particulares de la Póliza, entendiéndose éstas como adecuaciones en sumas aseguradas, coberturas amparadas, datos del Contratante y/o Asegurado; en todos los casos, cualquier cambio lo hará constar la Compañía por escrito y mediante endoso.

La Póliza y en su caso los endosos firmados por funcionarios autorizados de la Compañía son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones del Contratante y/o Asegurado y la Compañía. La Compañía no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

En caso de que exista alguna discrepancia entre algún Endoso y la Póliza, prevalecerá en todo momento lo contenido en el Endoso respectivo y este a su vez prevalecerá sobre cualquier otro Endoso con fecha anterior.

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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

Cualquier modificación al presente contrato, será por escrito y previo acuerdo entre las partes. Lo anterior en términos del artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

4.31. Entrega de Documentación por Medios Electrónicos.

Las condiciones generales, particulares, y, en su caso, los Endosos, serán enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada, siempre y cuando el Contratante haya elegido esta opción en la solicitud de seguro.

El envío de los documentos mencionados se efectuará en un plazo máximo de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entregará el día hábil inmediato siguiente.

Adicionalmente, los documentos antes mencionados estarán disponibles en el portal de Internet por medio del cual fue contratado el seguro, y que se indica en la cláusula titulada “Contratación del Seguro por Medios Electrónicos”.

No obstante lo anterior, las condiciones generales y particulares aplicables a este seguro estarán disponibles para consulta y conocimiento del Contratante o Asegurado previamente a su contratación en la página de internet www.plenit.com.mx.

Queda expedito el derecho del Contratante o Asegurado para solicitar en cualquier momento a la Compañía, un ejemplar impreso de las condiciones generales del producto, recibos, Carátula de Póliza y Endosos que correspondan a su Póliza.

4.32. Intermediación.

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía 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.

4.33. Impuesto.

El impuesto que como consecuencia de la legislación fiscal se derive de este seguro, correrá a cargo del Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s) designado(s), según corresponda; la Compañía únicamente retendrá aquellas cantidades que en su caso se establezcan en la legislación fiscal que se encuentre en vigor al momento de efectuar el pago por los diferentes conceptos que se deriven del presente Contrato de Seguro.

4.34. Lugar y Pago de la Indemnización.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación en los términos de la cláusula “Procedimiento en Caso de Siniestro” de esta Póliza.

4.35. Indemnización por Mora.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, quedará obligada a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora de conformidad con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual, a la letra, dice:

“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 (uno punto veinte y cinco) 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 (uno punto veinte y cinco) 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 (uno punto veinte y cinco) 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 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. 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 Seguro 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 1,000 (mil) a 15,000 (quince mil) Días de Salario.

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

4.36. Acuerdo de Arbitraje.

La Compañía, el Contratante y/o Asegurado acuerdan el procedimiento arbitral para resolver controversias en caso de Enfermedades Preexistentes, o de cualquier otro Padecimiento médico relacionado con esta Póliza.

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de la Preexistencia de la Enfermedad y/o Padecimiento, el Asegurado podrá optar por someter la cuestión al dictamen de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 (diez) días cubiertos contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia. Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario.

Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren. El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero según el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda; la autoridad judicial, las partes, los peritos o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo substituya.

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

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

El acuerdo de arbitraje se registrará por lo dispuesto en el Código de Comercio en el Título de Arbitraje.

4.37. Designación de Beneficiario.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario. El Asegurado deberá notificar el cambio por escrito a la Compañía, indicando el nombre y porcentaje de participación del nuevo Beneficiario. Para que la designación surta efecto deberá notificarse por escrito a la Compañía, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos Beneficiarios designados en la Póliza de los cuales haya tenido conocimiento y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato de Seguro. La Compañía notificará al Asegurado de este cambio a través de un Endoso.

El Asegurado podrá renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a la Compañía y que conste en la presente Póliza, siendo esta constancia la única prueba admisible de la designación de beneficiario irrevocable.

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

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

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

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

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

4.38. Agravación del Riesgo.

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53 fracción I y II, 55, 60, 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguros.

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 24 (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 55 “Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la librase de sus obligaciones, cuando el incumplimiento, del aviso de la agravación del riesgo, no tenga influencia sobre el Sinistro 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”.

Artículo 70 “Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior”.

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s) o Asegurado(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los 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 del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía 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.

La Compañía 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.

4.39. Aviso de Privacidad Simplificado.

Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C. V., con domicilio en calle 29 Sur127, 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 mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.plenit.mx

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

5.1. Aviso del Siniestro.

El Asegurado y/o Beneficiario deberán notificar directamente a la Compañía de la realización del Siniestro dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes a que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo; salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso, el Asegurado y/o Beneficiario deberán notificar a la Compañía tan pronto como cese dicho caso fortuito o fuerza mayor. Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 66 y Artículo 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

5.2. Comprobación del Siniestro.

El Asegurado o Beneficiario deberán comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma.

Transcripción del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

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

Información necesaria en caso de muerte accidental:

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por los Beneficiarios, brindado por la Compañía.
- b) Identificación oficial vigente del Asegurado afectado y de los Beneficiarios.
- c) Copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
- d) Copia del expediente del Ministerio Público relacionado con el fallecimiento del Asegurado.

- e) En su caso, toda información y copia de documentos que razonablemente solicite la Compañía para verificar el fallecimiento y las circunstancias en que se produjo.

Información necesaria en caso de invalidez total y permanente.

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el Asegurado, brindado por la Compañía.
- b) Identificación oficial vigente del Asegurado.
- c) Dictamen de Invalidez Total o Parcial y Permanente emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o por alguna institución de seguridad social estatal.
- d) En caso de no contar con el dictamen mencionado en el inciso c), podrá presentar un dictamen avalado por un Médico con cédula profesional y que no tenga relación consanguínea con el Asegurado hasta el 2do (segundo) grado, que cuente con certificado por la Secretaría de Salud y, en su caso, cuente con certificado emitido por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo.
- e) Estudios y exámenes practicados que avalen el estado de invalidez total y permanente.
- f) En caso de que el Médico Especialista en la materia de la Compañía determine la improcedencia del dictamen de invalidez total o parcial y permanente, presentado por el Asegurado. El Asegurado será evaluado por el médico especialista en la materia certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo que el Asegurado elija dentro de los especialistas en la materia previamente designados por la Compañía para estos efectos.

Información necesaria en caso de Accidente y/o Enfermedad.

- a) Formato de reclamo de Siniestro, firmado por el Asegurado, brindado por la Compañía.
- b) Identificación oficial vigente del Asegurado.
- c) Formato de informe médico brindado por la Compañía por cada uno de los Médicos que hayan intervenido para el diagnóstico definitivo o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente. Cada informe médico deberá estar firmado por el Médico tratante correspondiente y por el Asegurado afectado, y en caso de ser menor de edad por el Asegurado Titular o el Contratante. Para efecto de emitir el dictamen médico de autorización o rechazo del pago de la reclamación en curso, se tomará en cuenta única y exclusivamente el primer informe médico que exhiba el Asegurado.
- d) Copia de los resultados de los estudios de laboratorio, y en el caso de imagenología y/o gabinete, la interpretación de los mismos, que respalden el diagnóstico emitido por el Médico tratante.
- e) En caso de accidente, la Compañía se reserva el derecho de solicitar el acta del Ministerio Público para la valoración de la reclamación.
- f) Cuando se solicite el pago de dos o más padecimientos diferentes que ocurrieron al mismo tiempo, se debe entregar por separado la documentación antes mencionada para cada padecimiento.

En todos los casos la Compañía queda autorizada a realizar las indagaciones que sean necesarias para la verificación del hecho que se pretende amparar por este seguro, así como para solicitar información adicional al Asegurado o a los Beneficiarios, relacionada con el Siniestro.

5.3. Pago del Siniestro.

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente a la cobertura contratada en caso de ser procedente el Siniestro, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza y al recibir pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios derivados de dicha cobertura.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización, en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.



Condiciones Generales Seguro Indemnizatorio Alaiv Colectivo

La Compañía tendrá derecho a compensar contra la suma asegurada, cualquier adeudo que tuviera el Contratante a favor de la Compañía, incluyendo la parte no devengada de la prima del periodo durante el cual ocurrió el Siniestro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de octubre del 2025, con el número PAQQ-S0132-0052-2025/CONDUSEF _____.