



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

Condiciones Generales

Seguro Indemnizatorio Alaiv Individual

Contenido

1. DEFINICIONES	4
2. COBERTURAS	10
2.1. MUERTE ACCIDENTAL.....	10
2.2. PÉRDIDAS ORGÁNICAS	10
2.3. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	11
2.4. FRACTURA DE HUESOS.....	13
2.5. QUEMADURAS	14
2.6. INDEMNIZACION POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER.....	16
2.7. CÁNCER FEMENINO	18
2.8. CÁNCER MASCULINO	19
2.9. ENFERMEDADES TERMINALES DEL HÍGADO	21
2.10. INFARTO AL MIOCARDIO	22
2.11. ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	22
2.12. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	22
2.13. SERVICIO DE ASISTENCIAS.....	23
3. EXCLUSIONES GENERALES	28
4. CLAUSULAS GENERALES	30
4.1. INICIO Y TERMINACIÓN DE VIGENCIA	30
4.2. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.....	31
4.3. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.....	31
4.4. SUMA ASEGURADA	32
4.5. INEXACTITUD EN LA INDICACIÓN DE LA EDAD	32
4.6. MONEDA.....	32
4.7. PRIMA.....	33
4.8. REHABILITACIÓN	33
4.9. CARENCIA DE RESTRICCIONES	33
4.10. EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA	33
4.11. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	34
4.12. FRAUDE, DOLO O MALA FE	34
4.13. INDISPUTABILIDAD.....	34
4.14. EDAD DE ACEPTACIÓN	34
4.15. PRESCRIPCIÓN	35
4.16. COMPETENCIA	35
4.17. NOTIFICACIONES	36
4.18. MODIFICACIONES	36
4.19. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS	37
4.20. INTERMEDIACIÓN.....	37
4.21. IMPUESTO.....	37

4.22. LUGAR Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	37
4.23. INDEMNIZACIÓN POR MORA	38
4.24. ACUERDO DE ARBITRAJE.....	39
4.25. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	40
4.26. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	41
5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	42
5.1. AVISO DEL SINIESTRO	42
5.2. COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO	42
5.3. PAGO DEL SINIESTRO	43

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.

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

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

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

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

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, ocasionando una lesión cerebral.

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

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

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

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 carátula de la póliza.

CÁNCER: Conjunto de lesiones y/o enfermedades que se producen en el organismo cuando las células malignas se multiplican de forma descontrolada produciendo un exceso de células malignas, que se pueden extender a las células, tejidos u órganos que las rodean e incluso a la distancia (metástasis), que puede manifestarse 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.

CÁNCER IN SITU: Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (Neoplasia), por cambios en la estructura interna (relación citoplasma – núcleo), sin rebasar más allá de la membrana basal.

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 PLENIT, el monto de las primas y otros valores a cargo del Contratante o Asegurado.

CARDIÓLOGO: Profesional Médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, el cual se especializa en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del Sistema Cardiovascular.

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

CONDICIONES ESPECIALES: Son aquellas en las que se recogen las modificaciones, ampliaciones o derogaciones de las condiciones generales o particulares, que hayan resultado de acuerdos especiales entre las partes.

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

CONTRATO DE SEGURO: Contrato por el que la empresa aseguradora se obliga, mediante el cobro de una Prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato de seguro. Este Contrato de Seguro está conformado por:

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

DEPENDIENTE ECONÓMICO: Cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado Titular e hijos solteros mientras dependan económicamente de él.

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

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.

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

ENDOSO: Documento que forma parte del contrato de seguro, en el que constan las modificaciones que se hacen al contrato de seguro lo que se estipula en el endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales.

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.

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

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

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.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO: Análisis de células y/o tejidos de órganos o estructuras, presuntamente enfermos, obtenidos a través de biopsias de tejido y/o extirpación quirúrgica del órgano o sitio afectado, las cuales bajo la observación con un microscopio se analizan para determinar la existencia de alguna alteración en la estructura celular, para integrar un diagnóstico histopatológico que confirma la presencia de una enfermedad.

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, entre otros.

EVENTO: Se considera como un solo evento a todo tipo de afectación inmediata a consecuencia de un padecimiento o accidente, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial, de manera que se considera que un evento ha terminado cuando la persona recupera la salud.

EXCLUSIONES: Es todo hecho, situación o condición no cubierta por la póliza y que se encuentran expresamente indicadas bajo las condiciones que le aplican a ésta.

EXTRAPRIMA: cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a PLENIT, por la existencia de factores de riesgo agravados.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: Fecha a partir de la cual el asegurado tiene derecho a los beneficios de las coberturas contratadas, estipuladas en la carátula de la póliza.

FRACTURA: Lesión por ruptura traumática de un hueso, caracterizada por interrupción de la solución de continuidad del tejido óseo.

FRACTURA COMPLETA: Es la fractura en la que el hueso se rompe totalmente en todo su espesor, extensión o circunferencia del hueso incluyendo el periostio, dividiendo el hueso en dos o más fragmentos.

FRACTURA CONMINUTA: Es la fractura completa en la que un hueso se rompe en dos o más fragmentos, suele ser consecuencia de una lesión grave.

FRACTURA MULTIPLE CERRADA: Se caracteriza por presentar varias líneas de separación en varios huesos al mismo tiempo a consecuencia de un mismo traumatismo sin el rompimiento o traspaso de la piel, sus anexos y tejido muscular.

FRACTURA MULTIPLE EXPUESTA: Se caracteriza 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.

FRACTURA INCOMPLETA CERRADA: Es la fractura en la cual el hueso solo está fisurado o agrietado o parcialmente roto, en esta no hay separación de fragmentos, ni desalineación y no presenta rompimiento o traspaso de la piel.

FRACTURA INCOMPLETA EXPUESTA: Es la fractura en la cual no hay separación de fragmentos, sin embargo, se rompe o traspasa la piel por objetos del exterior.

HEMATÓLOGO: Médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, el cual está especializado en diagnosticar y tratar enfermedades, trastornos de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO: Obstrucción súbita y sostenida del flujo sanguíneo coronario que impide la llegada suficiente de oxígeno y que resulta en la muerte de las células de una región del músculo cardíaco.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Pérdida progresiva, permanente e irreversible de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos.

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.

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

MEDICINA CONVENCIONAL: Es la medicina científica, occidental, ortodoxa o alopática y 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.

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 las enfermedades.

MÉDICO: Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina.

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.

MÉDICO LABORAL DEL TRABAJO: Es un profesional médico, especializado en medicina del trabajo o laboral, que se encarga de evaluar la salud de los trabajadores, así como determinar los factores que pueden alterar la salud en el desempeño de sus labores, el cual está facultado para emitir un dictamen de incapacidad o invalidez de una persona o un trabajador.

MÉDICO INTERNISTA: Médico titulado y legalmente autorizado 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.

MEDIOS ELECTRÓNICOS: Son los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, con 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).

NEFRÓLOGO: Médico titulado y legalmente autorizado 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.

NEURÓLOGO: Médico titulado y legalmente autorizado 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.

ONCÓLOGO: Médico titulado y legalmente autorizado 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 del cáncer.

ORTOPEDISTA Y/O TRAUMATÓLOGO: Médico titulado y legalmente autorizado 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 alteraciones o lesiones del sistema musculoesquelético, ya sean a consecuencia de enfermedades o traumatismos.

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

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

PERIODO DE GRACIA: Plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima, o fracción correspondiente en caso de pago en parcialidades, con que cuenta el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. Este periodo comenzará a computarse siempre y cuando la prima, o fracción de prima, no haya sido pagada a la fecha de su vencimiento.

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

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

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

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

PRIMA NO DEVENGADA: Es la prima de tarifa pagada que corresponde al periodo de tiempo restante de la póliza de seguro, donde la Aseguradora no ha brindado cobertura. Para el cálculo y devolución de la Prima no Devengada no se consideran los recargos por pago fraccionado, derecho de póliza, gastos de adquisición y administración, margen de utilidad (prima de riesgo) e IVA.

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

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.

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO: Quemaduras que afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO: Quemaduras que afectan a una profundidad más allá de la epidermis causando la formación de ámpulas o flictenas.

QUEMADURAS DE TERCER GRADO: Este tipo de quemadura destruye por completo la epidermis y dermis y puede dañar el tejido subcutáneo, también conocida como quemadura de espesor total, en la cual se puede presentar incluso datos de carbonización. Es el tipo de quemadura más grave.

REGLA DE WALLACE O DE LOS NUEVES: Método para calcular el porcentaje de superficie corporal afectado a consecuencia de quemaduras.

RENOVACIÓN: Emisión consecutiva del contrato por un periodo igual.

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.

SUMA ASEGURADA: Es el límite de responsabilidad de PLENIT estipulado en la carátula de la póliza convenido para cada una de las coberturas contratadas, al verificarse la eventualidad prevista en el contrato de seguro, y ocurrida dentro de la vigencia de la póliza.

VIGENCIA: Periodo de validez del contrato de seguro estipulado en la carátula de la póliza, la cual comienza a las 12:00 horas de la fecha de Inicio de Vigencia indicada en la misma.

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 e internacional y durante las 24 (veinticuatro) horas del día.

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

PLENIT pagará a los Beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión del Asegurado, mediante la presentación del correspondiente juicio sucesorio testamentario o intestamentario, 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.

La responsabilidad de PLENIT se limita a pagar la suma asegurada contratada y descrita en la carátula de la póliza.

Se entenderá como fallecimiento inmediato, aquel que ocurra a más tardar dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrido del accidente.

No se considerará como accidente, las lesiones corporales autoinfligidas o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado (suicidio), o en caso de que el asegurado haya propiciado la ocurrencia del accidente que culminó en su fallecimiento.

Para esta cobertura, la edad mínima de aceptación será a partir de 12 (doce) años.

2.2. PÉRDIDAS ORGÁNICAS

PLENIT pagará al Asegurado, el porcentaje de la escala contratada, el cual se aplica sobre la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrido el mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las pérdidas orgánicas que se mencionan a continuación, aplicará lo siguiente:

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 ni 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 la misma 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 carpo-metacarpiana 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 metatarsofalángica, 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.

La indemnización será igual al porcentaje que corresponda a tal pérdida, de acuerdo con la escala de indemnización contratada, multiplicado el porcentaje a indemnizar por la suma asegurada en vigor al momento de ocurrir el siniestro, siempre y cuando la cobertura se encuentre incluida en la carátula de la póliza.

En caso de existir varias pérdidas ya sea de forma simultánea o en diversos eventos, la indemnización total en ningún caso podrá exceder el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada para este beneficio. Una vez cubierto el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada, ya sea en uno o varios eventos, se dará por concluida esta cobertura por agotamiento de la suma asegurada.

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

2.3. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

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

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

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar a PLENIT el dictamen de Invalidez Total y Permanente avalado por una institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, SSA, PEMEX, SEDENA, etc.) o de un médico especialista en medicina del trabajo con cédula profesional o de un médico especialista de acuerdo al tipo de invalidez que se pretenda acreditar, así como todos los exámenes,

estudios y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por PLENIT pertenecientes a su red, para estos efectos y, en caso de proceder el estado de Invalidez Total y Permanente, posterior a la evaluación y/o peritaje, PLENIT cubrirá los gastos generados derivados del peritaje, así como lo correspondiente a la indemnización en términos del contrato de seguro. Si después del peritaje se determina que no procede el estado de Invalidez Total y Permanente, los costos derivados del peritaje correrán a cargo del Asegurado.

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

Actividades Cotidianas:

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

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

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

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

La edad mínima de aceptación para esta cobertura será desde los 18 (dieciocho) años y hasta los 65 (sesenta y cinco) años. Para este contrato de seguro el límite de edad para la renovación será de 70 (setenta) años.

Periodo 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 sea definitivo y este prevalezca.

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

Exclusiones particulares de esta cobertura:

- a. Invalidez provocada por una situación distinta a un accidente cubierto.**
- b. Invalidez cuyo origen deriva de accidentes provocados por padecimientos o enfermedades diagnosticadas al Asegurado.**
- c. Invalidez dictaminada por Médico que sea miembro de la familia del Asegurado o que tenga un parentesco por consanguinidad, civil o por afinidad hasta segundo grado o que viva en la misma casa del Asegurado.**

2.4. FRACTURA DE HUESOS

PLENIT 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 del 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 PLENIT por la ocurrencia de una o más fracturas cubiertas, será la Suma Asegurada total contratada para esta cobertura.

En ningún caso la indemnización total a indemnizar podrá exceder el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada contratada, ya sea en uno o varios eventos. Una vez indemnizado el 100% (cien por ciento) de suma asegurada, se dará por concluida esta cobertura por el agotamiento de la suma asegurada.

Exclusiones particulares de esta cobertura:

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

- a) Cuando el evento sea derivada a consecuencia de una osteopenia u osteoporosis también llamada 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 inicio de vigencia de la póliza.
- b) Si la fractura se deriva de procesos de alumbramiento o aborto o cualquier complicación derivada de estos procesos.
- c) Fisuras.
- d) Fracturas provocadas por una situación distinta a un accidente cubierto.

2.5. QUEMADURAS

PLENIT 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 quemaduras de segundo grado sobre una extensión mayor al 70% (setenta por ciento) de la superficie corporal y/o quemaduras de tercer grado sobre una extensión mayor al 20% (veinte por ciento) de la superficie 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 clasificación de las quemaduras que aplican para esta cobertura son:

- a) Primer grado: Son las menos graves y solo dañan la capa externa de la piel (epidermis). Los síntomas incluyen enrojecimiento, dolor e hinchazón.

- b) Segundo grado: Afectan la epidermis y parte de la dermis (la capa debajo de la epidermis). Pueden causar ampollas, dolor intenso, enrojecimiento y mucha hinchazón.
- c) Tercer grado: Son las más graves, ya que dañan todas las capas de la piel e incluso los tejidos subyacentes (como grasa, músculos y huesos). La piel puede verse blanca, carbonizada o con aspecto cuero. A menudo, no causan dolor porque se dañan los nervios.

Los porcentajes de superficie corporal quemada se calcularán de acuerdo a la Regla de Wallace, corresponden a los siguientes:

Región	Total	Cara anterior	Cara posterior
Cabeza y cuello	9%	4.5%	4.5%
Tronco (tórax y abdomen)	36%	18%	18%
- Tórax	9%	9%	
- Espalda alta	9%		9%
- Abdomen	9%	9%	
- Espalda baja	9%		9%
Extremidades Superiores	9%	4.5%	4.5%
- Brazo	4%	2%	2%
- Antebrazo	4%	2%	2%
- Mano (palma y dorso)	1%	0.5%	0.5%
Área Genital y Periné	1%		
Extremidades Inferiores	18%	9%	9%
- Muslo	8%	4%	4%
- Pierna	8%	4%	4%
- Pie (empeine y planta)	2%	1%	1%

La indemnización máxima que pagará PLENIT, ya sea por la ocurrencia de una o más quemaduras cubiertas, será la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Exclusiones particulares de esta cobertura:

- a. Esta cobertura no ampara quemaduras de primer grado, segundo grado que no abarque por lo menos el 70% de la superficie corporal y tercer grado que no abarque por lo menos el 20% de la superficie corporal.
- b. Quemaduras que no sean a causa de un Accidente.
- c. Quemaduras por el uso de explosivos y sustancias inflamables, corrosivas o tóxicas.

2.6. INDEMNIZACION POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

PLENT pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado, si durante la vigencia de la póliza se le diagnostica por primera vez cáncer.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a) El primer diagnóstico de cáncer se haya efectuado a partir del inicio de vigencia del seguro.
- b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un médico oncólogo clínico y/o cirujano oncólogo, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos, de laboratorio y gabinete, los cuales deberán ser emitidos por laboratorios facultados y legalmente autorizados para la realización de dichos estudios, no se tomarán en cuenta los resultados en hojas membretadas de médicos patólogos o histotecnólogos que no pertenezcan a un medio institucional o laboratorio. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico (ocurrido).
- c) La póliza se encuentre vigente y pagada a la fecha del diagnóstico.

Cancelación.

Esta cobertura cesará 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.
- c) Una vez pagada o indemnizada la suma asegurada de esta cobertura, la póliza quedará automáticamente cancelada.

Demostración.

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y/o ganglios linfáticos, obtenidos mediante cirugía, endoscopia, o demostrados a través de la radiología, radiología intervencionista u otro método probatorio de imagen.

Los cuales deberán ser emitidos por laboratorios facultados y legalmente autorizados para la realización de estos estudios, no se tomarán en cuenta los resultados en hojas membretadas de médicos patólogos, radiólogos, histotecnólogos o citotecnólogos que no pertenezcan a un medio institucional o laboratorio.

Exclusiones particulares para esta cobertura:

Adicionalmente a las exclusiones que se estipula en la Sección III de estas Condiciones Generales, esta póliza no ampara lo siguiente:

- a) **Padecimientos preexistentes declarados o no en la solicitud del seguro.**
- 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) Cuando el diagnóstico sea realizado por un Médico que sea miembro de la familia del Asegurado o que tenga un parentesco por consanguinidad, civil o por afinidad hasta segundo grado o que viva en la misma casa del Asegurado.**
- e) Cuando el Cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- f) Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
- g) 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.**
- h) Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- i) 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.**
- j) Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5 (uno punto cinco) mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
- k) 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 (uno) cm de diámetro, micro-carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfocítica Crónica menor a la etapa 3 (tres) de la clasificación RAI.**
- l) Todo cáncer cérvico uterino en etapas menores a IVB (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**
- m) Todo cáncer de mama en etapas menores a IV (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**
- n) Todo cáncer de próstata en etapas menores a T4 (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**

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 PLENIT por este concepto no será cubierta por este seguro.

2.7. 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 primario en las glándulas mamarias o en el aparato genital femenino, específicamente en Ovarios, Trompas uterinas, Útero, Cérvix, Vagina o Vulva (cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no estará cubierto).

El diagnóstico deberá ser confirmado con un reporte patológico.

Cancelación

Esta cobertura cesará 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.
- c) Una vez pagada o indemnizada la suma asegurada de esta cobertura, la póliza quedará automáticamente cancelada.

Demostración:

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos obtenidos mediante cirugía, endoscopia, o demostrados a través de la radiología, radiología intervencionista u otro método probatorio de imagen.

Los cuales deberán ser emitidos por laboratorios facultados y legalmente autorizados para la realización de estos estudios, no se tomarán en cuenta los resultados en hojas membretadas de médicos patólogos, radiólogos. Histotecnólogos o citotecnólogos que no pertenezcan a un medio institucional o laboratorio.

Exclusiones particulares para esta Cobertura:

Adicionalmente a las exclusiones que se estipula en la Sección III de estas Condiciones Generales, esta póliza no ampara lo siguiente:

- a) **Padecimientos Preexistentes declarados o no en la solicitud del seguro.**
- 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) 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.
- e) Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.
- f) 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.
- g) Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.
- h) 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.
- i) 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.
- j) Todo cáncer cérvico uterino en etapas menores a IVB (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).
- k) Todo cáncer de mama en etapas menores a IV (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).

2.8. 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, vesículas seminales, en los testículos y epidídimo, (cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no estará cubierto).

El diagnóstico deberá ser confirmado con un reporte de estudio histopatológico.

Cancelación:

Esta cobertura cesará 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.

- c) Una vez pagada o indemnizada la suma asegurada de esta cobertura, la póliza quedará automáticamente cancelada.

Demostración:

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos obtenidos mediante cirugía, endoscopia, o demostrados a través de la radiología, radiología intervencionista u otro método probatorio de imagen.

Los cuales deberán ser emitidos por laboratorios facultados y legalmente autorizados para la realización de estos estudios, no se tomarán en cuenta los resultados en hojas membretadas de médicos patólogos, radiólogos. Histotecnólogos o citotecnólogos que no pertenezcan a un medio institucional o laboratorio.

Exclusiones particulares para esta Cobertura:

Adicionalmente a las exclusiones que se estipula en la Sección III de estas Condiciones Generales, esta póliza no ampara lo siguiente:

- a) **Padecimientos preexistentes declarados o no en la solicitud del seguro.**
- 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) **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.**
- e) **Cuando el Cáncer se haya diagnosticado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
- f) **Cuando el Cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
- g) **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.**
- h) **Cáncer Premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.**
- i) **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.

- j) 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.**
- k) 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.**

2.9. ENFERMEDADES TERMINALES DEL HÍGADO

La Compañía pagará al Asegurado la indemnización que corresponde a esta cobertura, siempre que el primer diagnóstico, las primeras manifestaciones, o los servicios recibidos relacionados con la enfermedad terminal del hígado se presenten durante la vigencia de la póliza.

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

Demostración:

Será mediante la presentación del resultado de una biopsia de tejido hepático y/o tomografía de hígado y vías biliares que demuestre la extensión de la lesión o fibrosis hepática, además de pruebas de función hepática.

Exclusiones particulares para esta Cobertura:

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

- a) Enfermedades Hepáticas a consecuencia de padecimientos o condiciones médicas preexistentes.**
- b) Enfermedades hepáticas a consecuencia o directamente relacionadas con el consumo de alcohol o drogas ilícitas.**
- c) Insuficiencias a consecuencia de Cáncer Hepático o Hepatocarcinoma o cualquier otro tipo de cáncer primario de hígado, este se indemnizará en caso de contratar la cobertura de indemnización por diagnóstico de Cáncer.**
- d) Insuficiencias hepáticas secundarias a Cáncer o tumoraciones malignas de las vías biliares, esté será indemnizado en caso de tener contratada la cobertura de indemnización por diagnóstico de cáncer.**

2.10. INFARTO AL MIOCARDIO

PLENIT 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 Agudo al Miocardio).

Una vez que la Compañía haya pagado la suma asegurada contratada para esta cobertura, por motivo de la presentación del siniestro, la cobertura terminará, sin posibilidad de renovación, rehabilitación o reinstalación.

Demostración:

Será mediante la presentación de los estudios probatorios correspondientes dentro de los que se incluyen de manera enunciativa más no limitativa los siguientes:

1. Electrocardiograma
2. Ecocardiograma
3. Gammagrama Cardíaco
4. Coronariografía o Angiografía coronaria
5. Angiotomografía (Angiotac) o Angioresonancia coronaria o cardíaca

El asegurado deberá presentar el o los estudios que le realizaron, mediante el o los cuales se determinó el infarto agudo al miocardio. En caso de controversia la aseguradora puede solicitar una segunda valoración con un médico cardiólogo de su red y/o la presentación y/o realización de otro de los estudios antes enlistados.

2.11. ACCIDENTE 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 o evento cerebro vascular, que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia, embolismo in-situ o tromboembolismo desprendido desde un lugar extracraneal.

El diagnóstico deberá ser confirmado por un neurólogo o neurocirujano legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y se demostrará mediante su evidencia en resonancia magnética contrastada, tomografía computarizada con medio de contraste, 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 sin posibilidad de renovación o rehabilitación.

En caso de controversia la aseguradora puede solicitar una segunda valoración con un médico Neurólogo o Neurocirujano de su red y/o la presentación y/o realización de otro de los estudios que considere pertinentes.

2.12. 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 y/o terminal e irreversible que para el mantenimiento del paciente requiera la iniciación de sesiones de hemodiálisis, diálisis peritoneal o a su tratamiento a través del 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 de laboratorio, gabinete, imagen mediante la presentación de los resultados y/o la interpretación correspondiente que confirmen el diagnóstico.

Una vez que la Compañía haya pagado la suma asegurada contratada por motivo de siniestro, la cobertura terminará sin posibilidad de renovación o rehabilitación.

En caso de controversia la aseguradora puede solicitar una segunda valoración con un médico Neurólogo o Neurocirujano de su red y/o la presentación y/o realización de otro de los estudios que considere pertinentes.

2.13. SERVICIO DE ASISTENCIAS

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

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

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

1. Video Consulta o consulta telefónica de primera vez previa cita, bajo el siguiente esquema:
2. Conocimiento Médico – Paciente.

3. Recopilación de datos para la historia clínica.
4. Estadificación y clasificación de la enfermedad.
5. Establecimiento de metas individualizadas de acuerdo con las condiciones de cada caso.
6. Educación acerca de la enfermedad para el asegurado y familiares.
7. Educación respecto a hábitos alimenticios y de actividad física.
8. Seguimiento mensual, trimestral, semestral o en el periodo de tiempo que amerite cada caso.
9. 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.
10. Seguimiento activo vía telefónica o videoconferencia, en caso de descontrol, dudas o mal apego a tratamiento.
11. 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).
12. 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.
13. Esta asistencia incluye el recordatorio vía telefónica para la ingesta de medicamentos previa solicitud del asegurado, esta alerta se suspenderá a petición expresa por el mismo medio de comunicación.

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

EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA MÉDICA ACTIVA

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

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

• SERVICIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA

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

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

La nutrióloga podrá brindar información sobre:

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

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

EXCLUSIONES PARA LA ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA.

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

- 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 VIA TELEFÓNICA

PLENIT, por medio de su personal especializado y en un horario de lunes a sábado de 9:00 a 18:00 horas, proporcionará al asegurado la asesoría necesaria vía telefónica o por video consulta sobre problemas o dudas que tenga en materia de psicología.

La profesionista en psicología brindará ayuda sobre:

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

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

EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

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

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

- **SERVICIO DE ASISTENCIA FUNERARIA**

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

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

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

En el primer año de contratación de esta asistencia, aplica un periodo de espera de 90 días a partir del inicio de la vigencia del servicio, para los decesos causados por una enfermedad terminal, 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 (cuatro) 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 (cincuenta) 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 (cincuenta) 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 de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales o la práctica profesional o amateur 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 similares, 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 pneumocystis carinii o jirovecii, 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.**
- 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 cometa 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 del 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, en caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.

Esta póliza, la carátula de la misma, la solicitud, folletos regulatorios, 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 inicia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la misma.

4.2. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este contrato de seguro dejará de estar en vigor al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Término del plazo de vigencia de todas las coberturas contratadas.
- b) Petición de terminación anticipada por escrito por parte del Contratante y/o Asegurado;
- c) Falta de pago de la prima, después de los 30 (treinta) días naturales del periodo de gracia, o
- d) Fallecimiento del Asegurado.

En caso de terminación anticipada, 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 Asegurado tendrá derecho a la prima no devengada, en términos de lo que se establece en estas condiciones generales.

4.3. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La póliza se renovará de manera automática al término de cada vigencia de la póliza, con la salvedad de que la Aseguradora o el Asegurado comuniquen su deseo de no renovar por escrito y con al menos 30 (treinta) días de antelación a la fecha de vencimiento del periodo de seguro en curso o en caso de que el Asegurado alcance la edad máxima de renovación.

En cada renovación, las condiciones de aseguramiento serán congruentes con las originalmente contratadas.

La renovación siempre otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y
- c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

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

PLENIT informará al Asegurado dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo, los valores de la prima y deducible aplicables a la misma.

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

Finalmente, si las partes optan por el pago de la prima en forma fraccionada, se aplicará una tasa de financiamiento por pago fraccionado, que será estipulada a la fecha de expedición de la póliza, y podrá ser modificada al inicio de cada renovación.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio de plan, aplicará lo estipulado en la cláusula titulada Cambio de Plan.

4.4. 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, tanto la suma asegurada como 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 Asegurado.

4.5. INEXACTITUD EN LA INDICACIÓN DE LA EDAD

La edad del Asegurado asentada en la póliza debe comprobarse, presentando pruebas a la Compañía. Este requisito debe cubrirse antes de que se efectúe el pago de la protección contratada. Cuando por dicha comprobación resulte que hubo inexactitud en la edad declarada por el Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en cuyo caso se devolverá al asegurado o al contratante la Prima No Devengada correspondiente a la póliza en la fecha de su rescisión.

En caso de que se haya pactado con el contratante el pago fraccionado de la prima, se deducirá de la Prima No Devengada el total de las fracciones de prima que estén pendientes para completar la prima anual.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicará las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. 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 recobrar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad;
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en el consentimiento individual, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

4.6. 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.

4.7. 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 será la que corresponda a la edad del Asegurado, y a la suma asegurada contratada para cada cobertura, y quedará estipulada en la carátula de la póliza. El pago de la prima vence al inicio de vigencia de la póliza.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, los periodos de pago deben ser de igual duración, venciendo cada fracción de la prima al inicio de cada periodo de pago pactado, específicamente, a las doce horas del primer día de cada periodo de pago, aplicándose una tasa de financiamiento por pago fraccionado, que será estipulada a la fecha de expedición de la póliza, y al inicio de cada renovación.

En términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en caso de incumplimiento del pago de la prima anual, o de sus parcialidades, dentro del Periodo de Gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de indemnización por causa de siniestro, la Compañía podrá deducir de ésta, el total de la prima pendiente de pago, hasta completar la prima correspondiente al periodo anual, o al periodo de vigencia del seguro, establecido en la carátula de la póliza.

4.8. REHABILITACIÓN

Cuando los efectos de este contrato se hubieren cancelado por falta de pago, podrán ser rehabilitados en cualquier momento, siempre que la edad del solicitante se encuentre dentro de los límites de admisión de la Compañía, al momento de la solicitud, y se cumplan las pruebas de asegurabilidad que sean aplicables de acuerdo con las políticas de suscripción vigentes al momento de solicitar la rehabilitación.

4.9. 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 a 139 Quinquies, 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.

4.10. 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.

4.11. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y el Asegurado, al formular la propuesta del seguro, están obligados a declarar por escrito a la Compañía, mediante los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca(n) o deba(n) conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aún y cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro.

4.12. FRAUDE, DOLO O MALA FE

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- I. **Si el Asegurado o su representante, o ambos, con fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al siniestro.**
- II. **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 del mismo.**
- III. **Si el Asegurado o su representante, 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.**

4.13. INDISPUTABILIDAD

Este contrato de seguro será indisputable desde el momento en que cumpla 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 omisas, 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.

4.14. 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.

El límite máximo de admisión autorizado por la Compañía es el que aparece en la carátula de la póliza para cada cobertura contratada.

La edad mínima de admisión para todas las coberturas es de 1 (un) año, excepto para las coberturas de muerte accidental la cual es 12 (doce) años y para invalidez total y permanente por accidente 18 (dieciocho) años.

La edad declarada por el Asegurado se deberá comprobar antes o después del pago del siniestro. En el primer caso, la Compañía hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá al Asegurado un comprobante y 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, en este caso, rescindirá el contrato de seguro y únicamente devolverá la reserva matemática a la fecha de rescisión.

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

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare 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.
- II. 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;
- III. 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 reserva 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.
- IV. Cuando con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, de la comprobación de la edad resulte que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, pero que la edad real se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía pagará la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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.

4.15. 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 aquéllas 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.

4.16. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios 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 dos (2) 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 a Usuarios de la Compañía:

- Domicilio: Calle 29 Sur, No. 127, Colonia La Paz, c.p. 72170, Puebla, Puebla
- Correo: une@plenit.mx
- Teléfonos: 2226907110
- Horario de atención: lunes a jueves de 10:00 a 18:00 hrs y viernes de 10:00 a 15:00 hrs

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 electrónico: asesoria@condusef.gob.mx
- Teléfonos: En la Ciudad de México: 55 5340 0999 y en el
- territorio nacional: 800 999 8080
- Página: www.condusef.gob.mx

4.17. 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.

Sí la Compañía cambia de domicilio lo comunicará al Contratante, Asegurado, o a sus beneficiarios.

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.

4.18. 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 y/o Asegurado, 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.

4.19. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Las condiciones generales, particulares, especiales, y, en su caso, los endosos, serán enviados a la dirección de correo electrónico proporcionada, siempre y cuando el Asegurado 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.

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.

El Contratante o Asegurado puede 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.

4.20. INTERMEDIACIÓN

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

4.21. 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.

4.22. 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.

4.23. 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, 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 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos

surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones 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 seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

4.24. 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 contados a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra parte 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 sustituya).

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.

4.25. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que no exista restricción legal en contrario y que la suma del porcentaje asignado para cada uno no supere el 100% (cien por ciento) de la Suma Asegurada contratada. 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.

4.26. 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 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro”. (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Con relación a lo anterior, si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. (Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). “En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). “Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior”. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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 tratados internacionales 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.

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

5.1. AVISO DEL SINIESTRO

El Asegurado y/o Beneficiario deberán notificar directamente a la Aseguradora de la ocurrencia 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 Aseguradora 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) 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 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



Condiciones Generales Seguro Indemnizatorio Alaiv Individual

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.

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 8 de octubre del 2025, con el número CNSF-S0132-0338-2025/CONDUSEF _____.