



GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO EXPERIENCIA COMBINADA CONDICIONES GENERALES

RECAS: CONDUSEF-007132-01

ÍNDICE

1. DEFINICIONES	7
1.1. ACCIDENTE.....	7
1.2. ANTIGÜEDAD.....	7
1.3. APARATOS ORTOPÉDICOS Y PRÓTESIS	7
1.4. ASEGURADO	7
1.5. ASEGURADO DEPENDIENTE	7
1.6. ASEGURADO TITULAR	7
1.7. COASEGURO	7
1.8. COLECTIVIDAD ASEGURABLE	7
1.9. COLECTIVIDAD ASEGURADA	7
1.10. COMPLEMENTOS ANTERIORES	8
1.11. CONTRATANTE	8
1.12. CONTRATO DE SEGURO O CONTRATO	8
1.13. CULPA GRAVE.....	8
1.14. DEDUCIBLE.....	8
1.15. DONANTE.....	8
1.16. ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA	8
1.17. EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA	9
1.18. ENDOSO	9
1.19. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO.....	9
1.20. ENFERMEDAD CUBIERTA	9
1.21. ENFERMERA.....	9
1.22. EVENTO.....	9
1.23. EXTRAPRIMA.....	10
1.24. FECHA DE PRIMER GASTO	10
1.25. HONORARIOS MÉDICOS	10
1.26. HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO	10
1.27. HOSPITALIZACIÓN.....	10
1.28. MATERNIDAD SUBROGADA	10
1.29. MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO	10
1.30. MÉDICO	10
1.31. MÉDICO ESPECIALISTA	11

1.32.	ÓRGANO	11
1.33.	PADECIMIENTO CONGÉNITO	11
1.34.	PADECIMIENTO PREEXISTENTE	11
1.35.	PAGO DIRECTO	11
1.36.	PERIODO AL DESCUBIERTO	11
1.37.	PERIODO DE ESPERA	12
1.38.	PLAN	12
1.39.	PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE	12
1.40.	PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS	12
1.41.	PRIMA	12
1.42.	PRIMA DE RIESGO	12
1.43.	PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA	12
1.44.	PROCEDIMIENTO MÉDICO ESTÉTICO O PLÁSTICO	12
1.45.	RECEPTOR	12
1.46.	RECLAMACIÓN	13
1.47.	RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS	13
1.48.	REEMBOLSO	13
1.49.	REGLAMENTO DEL SEGURO	13
1.50.	SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	13
1.51.	SIGNO	13
1.52.	SINIESTRO	13
1.53.	SÍNTOMA	13
1.54.	SUMA ASEGURADA	13
1.55.	TABULADOR DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS ZURICH O TABULADOR	14
1.56.	TOPE DE COASEGURO	14
1.57.	TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES	14
1.58.	TRATAMIENTOS INNOVADORES	14
1.59.	UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM)	14
2.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRODUCTO	15
2.1.	VIGENCIA	15
2.2.	TERMINACIÓN	15
2.3.	TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO	15
2.4.	RENOVACIÓN	15
2.5.	REHABILITACIÓN	16
2.6.	OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE	16

2.7.	ALTA DE ASEGURADOS.....	17
2.8.	BAJA DE ASEGURADOS	17
2.9.	REGISTRO DE ASEGURADOS.....	17
2.10.	CAMBIO DE CONTRATANTE	18
2.11.	PRIMA.....	18
2.12.	CERTIFICADOS INDIVIDUALES	19
2.13.	DERECHO DE CONVERSIÓN A INDIVIDUAL	19
2.14.	PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES O DIVIDENDOS.....	19
2.15.	TIPOS DE ADMINISTRACIÓN.....	20
2.16.	RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD EN OTROS SEGUROS SIMILARES	21
2.17.	OTROS SEGUROS	21
2.18.	EXPEDIENTE DE IDENTIFICACIÓN	22
2.19.	SUBROGACIÓN	22
2.20.	RESPONSABILIDAD CIVIL ANTE EL ASEGURADO	22
2.21.	CLÁUSULA DE ARBITRAJE.....	23
3.	OBJETO DEL SEGURO.....	23
4.	COBERTURA BÁSICA	24
4.1.	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTAS.....	24
4.1.1.	AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA	24
4.1.2.	AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL.....	24
4.1.3.	PRÓTESIS, IMPLANTES, INJERTOS Y APARATOS ORTOPÉDICOS	24
4.1.4.	TERAPIA Y REHABILITACIÓN	24
4.1.5.	ATENCIÓN RECIEN NACIDO PREMATURO POR PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.....	24
4.1.6.	TRASPLANTE DE ÓRGANOS	25
4.1.7.	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y/O PSIQUIÁTRICO	26
4.1.8.	DEPORTES AMATEURS.....	27
4.1.9.	ACTIVIDADES PELIGROSAS Y/O DEPORTES EXTREMOS	27
4.1.10.	ACCIDENTE EN MOTOCICLETA.....	27
4.1.11.	HONORARIOS MÉDICOS	27
4.1.12.	HOSPITALIZACIÓN	28
4.1.13.	MEDICAMENTOS	28
4.1.14.	MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO	28
4.1.15.	SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	29
4.1.16.	CIRCUNCISIÓN NO PROFILÁCTICA.....	29
4.1.17.	HALLUX VALGUS Y RIGIDUS	29

4.1.18.	LUNARES Y NEVUS	29
4.1.19.	PADECIMIENTOS OSTEMUSCULARES	29
4.2.	GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	30
4.2.1.	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TREINTA DÍAS	30
4.2.2.	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DIEZ MESES	30
4.2.3.	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE MESES	30
4.2.4.	GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS CUARENTA Y OCHO MESES 30	
4.3.	COBERTURAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN DE ZURICH MÉXICO	31
4.4.	EXCLUSIONES GENERALES DE LA COBERTURA BÁSICA	31
5.	COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO	34
5.1.	CONTINUIDAD FAMILIAR POR MUERTE O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO TITULAR	34
5.2.	MATERNIDAD	34
5.3.	INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	35
5.4.	EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO	35
5.5.	NARIZ Y SENOS PARANASALES	36
5.6.	CORRECCIÓN VISUAL	36
5.7.	COBERTURAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN DE ZURICH MÉXICO	36
6.	RECLAMACIONES Y PAGO DE INDEMNIZACIONES	37
6.1.	AVISO	37
6.2.	PAGO DE INDEMNIZACIONES	37
6.3.	GASTOS MÉDICOS COMPROBABLES POR ACCIDENTE	38
6.4.	SERVICIO DE PAGO DIRECTO	38
6.5.	ANTICIPO DE CIRUGÍA	38
6.6.	SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO	39
6.7.	APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO	39
6.8.	AJUSTE DEL MÉDICO AL TABULADOR DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS ZURICH	40
7.	CLÁUSULAS GENERALES	40
7.1.	CONTRATO	40
7.2.	RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA (ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)	41
7.3.	MODIFICACIONES AL CONTRATO	41
7.4.	COMUNICACIONES Y/O NOTIFICACIONES	41
7.5.	PRESCRIPCIÓN	41

7.6.	COMPETENCIA	41
7.7.	INDEMNIZACIÓN POR MORA	42
7.8.	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	42
7.9.	ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	42
7.10.	MONEDA.....	42
7.11.	COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS	43
7.12.	EDAD	43
7.13.	EDAD DE ADMISIÓN	43
7.14.	RESIDENCIA	43
7.15.	CAMBIO DE OCUPACIÓN	44
7.16.	OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES	44
7.17.	CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS	44
7.18.	AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA	44
7.19.	DE SANCIONES	45
7.20.	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	45
8.	AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO	46
9.	MARCO LEGAL	46

1. DEFINICIONES

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

1.1. ACCIDENTE

Se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado, siempre y cuando se originen dentro del período de vigencia de la póliza y dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente y como consecuencia de este. **No se considerarán Accidentes a las lesiones intencionalmente causadas por el Asegurado.**

Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente se consideran como un solo Siniestro.

Para los padecimientos de columna vertebral y rodilla solo se considerará accidente cuando exista fractura o politraumatismos.

El gasto erogado y procedente, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, deberá rebasar el Deducible contratado estipulado en la Carátula de la Póliza para que éste sea considerado como un Gasto Médico Mayor, debiendo ser reportado a Zurich México en los términos que se indican en estas Condiciones Generales.

1.2. ANTIGÜEDAD

Es el tiempo en que de manera ininterrumpida el Asegurado ha estado cubierto de forma continua en una póliza de Gastos Médicos Mayores en esta u otra compañía de seguros.

1.3. APARATOS ORTOPÉDICOS Y PRÓTESIS

Se entenderá como aparatos ortopédicos a aquellos dispositivos médicos utilizados para corregir o tratar lesiones o deformidades del sistema musculoesquelético.

Se entenderá como prótesis a todo dispositivo o aparato artificial, fijo o removible, autorizado por la autoridad sanitaria correspondiente, que tiene como finalidad sustituir total o parcialmente un órgano, miembro, tejido o función del cuerpo humano, que haya sido afectado por una Enfermedad o Accidente.

1.4. ASEGURADO

Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada cubiertos por la presente póliza.

1.5. ASEGURADO DEPENDIENTE

Se entenderá por Asegurado Dependiente al cónyuge o concubina o concubinario del Asegurado Titular, así como los hijos del Asegurado Titular cuya edad no supere los 24 años.

1.6. ASEGURADO TITULAR

Es la persona física que mantiene una relación directa y previa a su ingreso a la Póliza con el Contratante y que pertenece a la Colectividad Asegurada.

1.7. COASEGURO

Cantidad a cargo del Asegurado, como porcentaje que se aplica al monto total de gastos cubiertos hasta el límite establecido en el Certificado Individual, después de descontar el Deducible contratado en la cobertura. Dicho porcentaje queda especificado en la Carátula de Póliza y/o el Certificado Individual. Este concepto no es reembolsable y en algunos casos puede existir un Límite o Tope de Coaseguro específico que quedará indicado en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual.

1.8. COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

1.9. COLECTIVIDAD ASEGURADA

Es el conjunto de personas que, perteneciendo a la Colectividad Asegurable, cumplen con los requisitos de elegibilidad definidos por la Compañía y han sido aceptados por ésta como asegurados y en

consecuencia sus nombres aparecen inscritos en el Registro de Asegurados a que hace referencia el Reglamento del Seguro Colectivo.

1.10. COMPLEMENTOS ANTERIORES

Son los gastos erogados por el Asegurado en la vigencia de esta póliza, derivados de una reclamación inicial pagada por la compañía aseguradora inmediata(s) anterior(es) a la póliza actual del Contratante y/o Colectividad descrita en esta póliza.

Los gastos definidos como Preexistencias no serán considerados como Complementos Anteriores.

1.11. CONTRATANTE

Persona física o moral que ha solicitado a Zurich México la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas con quienes existe un interés asegurable y que además se obliga a realizar el pago de las Primas del Seguro en su totalidad y, por tanto, se hace responsable de las declaraciones vertidas en la Solicitud del Seguro, las cuales son la base para la apreciación del riesgo y que dan lugar a la contratación de la Póliza.

1.12. CONTRATO DE SEGURO O CONTRATO

Significa el contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, que establece los términos y condiciones bajo los cuales operan las presentes condiciones generales a favor del Asegurado, integrado por los siguientes documentos:

Estas Condiciones Generales;
La Solicitud de Seguro;
La Carátula de la póliza;
Las cláusulas adicionales al Contrato de Seguro;
Los Endosos que en su caso se agreguen y;
Certificados Individuales

Todos aquellos documentos entregados por la Compañía.

1.13. CULPA GRAVE

Es la inobservancia de la más elemental cautela en la conducta o diligencia debida para prever y evitar el daño. Se manifiesta por un grado extremo de la negligencia, impericia, imprudencia o una omisión tan grande de cuidado, que cualquier persona prevería. Supone también una inobservancia exigible por las leyes y/o reglamentos aplicables a la actividad que desempeñe el Asegurado en el lugar en que se lleve a cabo.

1.14. DEDUCIBLE

Cantidad fija a cargo del Asegurado que debe cubrir en caso de Accidente o Enfermedad amparada conforme a las condiciones convenidas en el presente Contrato de Seguro. Una vez que la cantidad por Deducible ha rebasado el monto de los Gastos Médicos Amparados por el presente Contrato, comienza la obligación de indemnización de Zurich México. **Este concepto no es reembolsable.** El Deducible estará especificado en la Carátula de la Póliza, en el Certificado Individual o en un Endoso.

1.15. DONANTE

Es aquella persona que sufre un procedimiento quirúrgico con el propósito de donar Órgano(s) y/o tejido legalmente de su cuerpo para una cirugía de trasplante.

1.16. ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

Es el beneficio que puede otorgar Zurich México siempre y cuando el Asegurado acredite a satisfacción de Zurich México que tiene y ha tenido cobertura de Gastos Médicos Mayores de manera ininterrumpida en esta u otra compañía de seguros; el cual aplicaría exclusivamente para eliminar o reducir los Periodos de Espera de algunos de los Padecimientos cubiertos.

1.17. EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA

Se considera Emergencia Médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de Signos o Síntomas agudos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus Órganos, por lo cual, requiere atención médica inmediata. Una vez que ha sido estabilizada y controlada la condición patológica del paciente cesará la Emergencia.

1.18. ENDOSO

Documento que modifica las condiciones originalmente contratadas de la póliza, previo acuerdo entre el Asegurado y Zurich México y forma parte integrante de ésta última. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

Dicho endoso deberá estar previamente registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1.19. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

Alteración en la salud que se manifiesta a través de la presencia de Síntomas o Signos y que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo del Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, indicado por un Médico titulado con cédula profesional.

Las lesiones corporales, alteraciones o enfermedades producidas como consecuencia directa de las alteraciones señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, complicaciones y secuelas, son consideradas como un mismo Siniestro.

No son consideradas como Enfermedad, las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

1.20. ENFERMEDAD CUBIERTA

Cualquier Enfermedad siempre que sus manifestaciones, así como el primer gasto que se efectúe para su diagnóstico o tratamiento, ocurran durante la vigencia de la Póliza, **siempre y cuando no se encuentren excluidas de estas Condiciones Generales o mediante Endosos**, y siempre que cumpla con el Período de Espera establecido en caso de aplicar.

Se debe respaldar el diagnóstico a través de estudios realizados y deben ser exhibidos al momento de ingresar la solicitud de pago de la reclamación.

Las lesiones corporales, alteraciones o enfermedades producidas como consecuencia directa de una Enfermedad, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, complicaciones y secuelas, son consideradas como un mismo Siniestro.

1.21. ENFERMERA

Persona que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un Médico.

1.22. EVENTO

Acontecimiento o suceso derivado de una Enfermedad o Accidente y éste implica todas atenciones y acciones médicas derivadas de estos, que se presentan en determinado tiempo y lugar, puede ser imprevisto o programado, y que puede contar con factores predisponentes o no, y que puede o no ser prevenido.

En el caso de Enfermedad, el evento se refiere a cada Enfermedad cubierta por esta póliza, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma Enfermedad. Respecto al Accidente cubierto, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados del mismo Accidente.

1.23. EXTRAPRIMA

Cantidad adicional a la Prima neta que el Contratante y/o Asegurado se obliga a pagar a Zurich México por cubrir un riesgo agravado.

1.24. FECHA DE PRIMER GASTO

Es la fecha en la cual el Asegurado erogó el primer gasto o realizó el primer gasto derivado de un Gasto Médico amparado.

1.25. HONORARIOS MÉDICOS

Es aquella remuneración o pago que obtiene el Médico legalmente reconocido por los servicios profesionales que presta a los Asegurados, previa la expedición del recibo o factura correspondiente con requisitos fiscales.

1.26. HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO

Institución legalmente autorizada con infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la intervención quirúrgica, y que tiene por objeto la atención médica y/o quirúrgica de pacientes, con Médicos y Enfermeros legalmente autorizados las 24 horas del día y durante todos los días del año. El Hospital, Clínica o Sanatorio es elegido voluntariamente por el Asegurado para la recepción de su tratamiento médico y/o quirúrgico.

No se considerará como Hospital, Clínica o Sanatorio a las instituciones cuyo principal objetivo sea la atención de: casas de retiro para adultos mayores, centros de tratamiento de adicciones, tratamientos naturales, tratamientos termales, masajes estéticos u otros tratamientos similares.

1.27. HOSPITALIZACIÓN

Para efectos de esta Póliza, es la estancia continua en un Hospital o Sanatorio, siempre y cuando ésta sea médicamente justificada y comprobable para la atención de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente; dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingresa por su propia voluntad y elección como paciente interno, o por la elección voluntaria que haya hecho los familiares directos del Asegurado, quienes otorgarán su consentimiento para que el Asegurado, como paciente, ingrese al Hospital, Clínica o Sanatorio, y sea atendido, tratado o intervenido quirúrgicamente; y concluye con el alta que otorgue el Médico tratante o con la carta responsiva que firme el Asegurado, o sus familiares que, en su caso, quedarán como responsables del paciente Asegurado frente a la Clínica, Hospital o Sanatorio.

1.28. MATERNIDAD SUBROGADA

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

1.29. MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Se refiere a todos aquellos medicamentos que superen los 50,000 (cincuenta mil) pesos MXN.

1.30. MÉDICO

Profesionista legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en la República Mexicana mediante título profesional expedido y registrado por la autoridad educativa competente y que cuenta con Cédula Profesional otorgada por la autoridad correspondiente, los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas correspondientes. El Médico es y será elegido y aprobado libremente por el Asegurado y/o sus familiares, quienes suscribirán en su caso, la carta responsiva correspondiente ante dicho Médico, para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica que vaya a recibir el Asegurado.

1.31. MÉDICO ESPECIALISTA

Médico que cuenta con la autorización para ejercer la especialidad mediante el comprobante de especialización o posgrado en una institución de educación superior y/o de salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes y que tiene una Cédula Profesional de especialidad en una rama específica de la medicina. El Médico Especialista será elegido y aprobado libremente por el Asegurado y/o sus familiares, quienes suscribirán la carta responsiva correspondiente ante el Médico Especialista, para el tratamiento, atención o intervención quirúrgica que vaya a recibir el Asegurado.

1.32. ÓRGANO

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

1.33. PADECIMIENTO CONGÉNITO

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante la fecundación y durante el período de gestación, independientemente de que éste sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

El conjunto de alteraciones que durante el período gestacional originó diversas malformaciones congénitas, será considerado como un solo Padecimiento Congénito.

1.34. PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Se considera Padecimiento o Enfermedad Preexistente, a aquella cuya existencia es anterior a la celebración del Contrato de Seguro con Zurich México. La preexistencia de un Padecimiento o Enfermedad podrá demostrarse mediante alguno de los siguientes supuestos:

- a) Fue declarada por el Contratante o Asegurado al momento de la celebración del Contrato de Seguro.
- b) Resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato de Seguro;
- c) Pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico o,
- d) Gastos documentados y comprobables de haber recibido un diagnóstico o Tratamiento de la Enfermedad de la que se trate.

Los gastos definidos como Complemento anterior no serán considerados como Padecimiento Preexistente.

1.35. PAGO DIRECTO

Pago que realiza Zurich México directamente al prestador de servicios, por la atención médica y hospitalaria de un Accidente o Enfermedad cubierta. Para efecto de pago de honorarios médicos en esta forma de pago se aplicará conforme a la negociación realizada entre Zurich México y el Médico en convenio.

El procedimiento de Pago Directo es una forma adicional que ofrece Zurich México al Asegurado, para el pago de los gastos médicos erogados, sin que por ello quede obligado a realizarlo.

1.36. PERIODO AL DESCUBIERTO

Es el lapso de tiempo durante el cual la Póliza no está pagada y por lo tanto no se cuenta con la cobertura del Contrato, que inicia al día siguiente de finalizado el período de gracia para el pago de Primas y termina cuando se recibe el pago completo de la Prima o fracción pactada.

Quedan totalmente excluidos de cualquier pago al amparo del presente Contrato, todos aquellos Gastos Hospitalarios originados por Accidentes ocurridos en un Periodo al Descubierto, así como las Enfermedades o Padecimientos cuyos Síntomas y Signos se hayan manifestado durante dicho Periodo al Descubierto.

1.37. PERIODO DE ESPERA

Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en la Colectividad Asegurada y en consecuencia, en la Póliza, para que tenga la cobertura de Gastos Hospitalarios a consecuencia de un Padecimiento, de acuerdo con las especificaciones de la Póliza y de las Condiciones Generales.

Zurich México no cubrirá ninguno de los Gastos Hospitalarios erogados por el Asegurado en el Periodo de Espera a consecuencia de un Padecimiento cuyos Síntomas y Signos del Padecimiento se haya originado durante este periodo.

El Periodo de Espera opera para cada Asegurado según la fecha de inicio de vigencia de su Certificado Individual.

1.38. PLAN

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la Póliza que discrecionalmente ofrece Zurich México al Contratante y/o Asegurado, el cual incluye un grupo de Hospitales, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, coberturas adicionales, entre otras, que se indicará en la Carátula de la Póliza y/o Endosos. El Plan es elegido libre y voluntariamente por el Contratante y/o Asegurado.

1.39. PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE

Se entiende como tal a las actividades en materia deportiva que se realicen con fines de lucro.

1.40. PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

Médicos, Hospitales, farmacias, o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros), que cumplen con las normas oficiales mexicanas vigentes aplicables, que se encuentran profesional y legalmente autorizados por las autoridades sanitarias competentes para proporcionar sus servicios. Estos Prestadores de servicios médicos y hospitalarios serán elegidos libre y voluntariamente por el Asegurado para la recepción de los tratamientos necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad.

1.41. PRIMA

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

1.42. PRIMA DE RIESGO

Es el monto para cubrir únicamente el costo del riesgo asumido por la Aseguradora. Es decir, es la cantidad destinada a cubrir posibles eventos asegurados, sin incluir gastos adicionales como administración o adquisición.

1.43. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

Servicio con el cual se otorga una autorización por escrito previa que el Asegurado recibe de Zurich México para la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico.

1.44. PROCEDIMIENTO MÉDICO ESTÉTICO O PLÁSTICO

Procedimiento médico realizado para modificar la apariencia de alguna parte del cuerpo pudiendo o no existir una enfermedad o padecimiento adyacente que lo justifique.

1.45. RECEPTOR

Significa el Asegurado a quién se le realiza una operación quirúrgica para recibir un trasplante.

1.46. RECLAMACIÓN

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

1.47. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS

Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios con los que Zurich México ha celebrado un convenio para el servicio de Pago Directo. Dicha Red podrá sufrir cambios en cualquier momento y sin previo aviso. Los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios listados en la Red de Prestadores de Servicios, no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.

1.48. REEMBOLSO

Es la restitución de gastos procedentes que hace Zurich México al Asegurado, respecto de los gastos procedentes y erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto de acuerdo con lo estipulado en el presente Contrato.

1.49. REGLAMENTO DEL SEGURO

Para efectos de este contrato significa el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

1.50. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Servicio que presta Zurich México al Asegurado y a sus Asegurados Dependientes para corroborar el diagnóstico inicial de cualquier Enfermedad o Accidente amparados, por medio de Médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que éste mismo designe libremente de entre los que forman la Red Médica Zurich, debiendo ser canalizada esta Segunda Opinión a través de Zurich México y teniendo como límite el establecido en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich correspondiente al Plan contratado.

El objetivo de la Segunda Opinión Médica es no afectar la integridad física del Asegurado o la de sus Dependientes cuando se requiera de una cirugía programada, salvo que sea indispensable.

Esta Segunda Opinión Médica no implica limitante para que el Asegurado opte por intervenirirse quirúrgicamente con base en la opinión médica que le haya proporcionado su Médico tratante.

El costo de la Segunda Opinión Médica queda a cargo de Zurich México.

1.51. SIGNO

Manifestaciones que se detectan objetivamente mediante una exploración médica que indican que una persona tiene un Padecimiento.

1.52. SINIESTRO

Es la realización del Evento y corresponde a la erogación de los gastos médicos por el Asegurado o el costo de su atención médica.

Todos los gastos por la atención médica de las afectaciones o lesiones corporales sufridas por el Asegurado por un Accidente o Enfermedad cubierto; su Tratamiento Médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas serán consideradas en un mismo Siniestro.

1.53. SÍNTOMA

Referencia subjetiva que da una persona sobre su estado de salud por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo.

1.54. SUMA ASEGURADA

Cantidad máxima que Zurich México pagará por Accidente y/o Enfermedad cubierta, de acuerdo con lo

estipulado en las Condiciones Generales, Endosos y/o Carátula, durante la vida de la Póliza.

La suma asegurada se determinará según la unidad de referencia contratada. Si la suma asegurada fue contratada en una unidad distinta a la moneda nacional, el monto se calculará tomando como base el valor vigente de la unidad al momento de realizar el primer pago relacionado con el siniestro. Esto aplica independientemente de si el importe es menor al deducible.

Una vez establecida la suma asegurada para el siniestro, ésta permanecerá constante hasta que finalicen todos los derechos asociados a dicho siniestro.

Si la suma asegurada asignada a un siniestro se agota, no se restablecerá para ese mismo siniestro. La unidad de referencia contratada se detallará en la carátula de la póliza.

1.55. TABULADOR DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS ZURICH O TABULADOR

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en los cuales se especifica, la base del tabulador y el porcentaje máximo correspondiente a cada procedimiento.

El Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich o Tabulador es aplicable a todas las coberturas básicas y opcionales, así como a las que sean contratadas por endoso de la Póliza y se encuentra disponible para su consulta en la página de internet: www.zurich.com.mx

1.56. TOPE DE COASEGURO

Monto máximo que se pagará por concepto de Coaseguro. Dicho monto está indicado en la Carátula de Póliza, Certificado Individual y/o Endoso.

1.57. TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES

Tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico que cumple con alguna de las siguientes puntualidades:

- a) Aún no está aprobado para su uso o tratamiento de la patología, por la FDA (Food and Drug Administration) y las autoridades sanitarias nacionales o por el Colegio de Medicina de la especialidad en que se aplica.

- b) No es aceptado por las autoridades sanitarias competentes como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de padecimientos o como procedimiento quirúrgico.

- c) Su beneficio terapéutico no ha sido aprobado de forma objetiva por las autoridades sanitarias competentes.

- d) Se encuentran bajo estudio científico y/o fases de investigación clínica, periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico o protocolo de estudio y no cuenta con el nivel de evidencia médica necesaria para normar su uso.

1.58. TRATAMIENTOS INNOVADORES

Se refieren a aquellos medicamentos y dispositivos médicos cuya fecha de aprobación por la autoridad sanitaria en México (COFEPRIS o la entidad que en su caso la sustituya) para esa Enfermedad, lesión o Accidente, no sea mayor a 5 (cinco) años a la fecha de la erogación del gasto. Adicional se consideran como Tratamientos Innovadores los Medicamentos Huérfanos.

1.59. UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM)

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

PRELIMINAR

Zurich Aseguradora Mexicana S.A. de C.V., en adelante denominada “**Zurich México**” o la **Compañía**, y el **Contratante** han convenido que las coberturas contratadas serán las que aparecen en la Carátula de la Póliza, con el alcance y los límites establecidos en las presentes Condiciones Generales. En consecuencia, las coberturas que no se señalan como amparadas en dicha Póliza, no tendrán validez ni eficacia entre las partes,

aun cuando se consignan y regulan en estas Condiciones Generales.

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PRODUCTO

2.1. VIGENCIA

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la Carátula de la Póliza.

Para cada Asegurado, la vigencia del seguro será la que aparezca en el respectivo Certificado Individual.

2.2. TERMINACIÓN

El Contrato terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- Al concluir el plazo de vigencia que aparece en la Carátula de la póliza y para cada Asegurado la indicada en el Certificado Individual.
- Terminado el periodo de gracia sin que se hubiese efectuado el pago de las primas correspondientes y sin que se haya solicitado la rehabilitación dentro del plazo concedido.

Respecto de cada Asegurado y/o Certificado Individual, cesarán automáticamente los efectos de este contrato:

- Cuando el Asegurado Titular pierda su calidad de miembro de la Colectividad Asegurada, terminando los beneficios del seguro tanto para el Asegurado Titular como para sus Asegurados Dependientes.
- Si el Asegurado al momento de la renovación, alcanza la edad de cancelación establecida conforme a la Cláusula de Edad de Aceptación.

2.3. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Este Contrato podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a la Compañía. Dicho aviso por escrito deberá presentarse en el domicilio de La Compañía donde después de ser plenamente identificado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación, y le será sellado el aviso.

La terminación anticipada será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

Sólo para los casos en que el Contrato fue pagado en su totalidad en un solo pago, la Compañía reembolsará por medio de transferencia bancaria electrónica, en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles; la prima de riesgo no devengada que corresponda. La Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes de la Colectividad calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Para las pólizas con pago fraccionado, no aplicará devolución de prima no devengada si el próximo pago aún no ha sido cobrado por la Compañía. La Compañía inhibirá el cargo programado de prima fraccionado una vez recibida dicha solicitud de cancelación. La devolución se hará a la cuenta bancaria que para tal efecto designe el Contratante.

Para efectos de esta cláusula la prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos los porcentajes de gastos y utilidad especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

2.4. RENOVACIÓN

Salvo que el Contratante notifique su voluntad a Zurich México de no renovar cuando menos 20 (veinte) días hábiles antes de su vencimiento; la Compañía podrá renovar el Contrato del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante la emisión de una nueva póliza o endoso.

La renovación ofrecerá condiciones congruentes a 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 salvo los previstos en el Reglamento del Seguro Colectivo en la fecha de vencimiento del contrato previendo el nuevo contrato un servicio de la Red Zurich con similares condiciones en cuanto a calidad, servicio y ubicación a la originalmente contratada.

A la Renovación se aplicarán las Primas de tarifa, los Deducibles y Coaseguros vigentes obtenidos conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas, lo cual, la Compañía informará al Contratante al menos 20 (veinte) días antes de la renovación.

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

2.5. REHABILITACIÓN

El Contrato de seguro podrá ser rehabilitado en los siguientes términos:

El Contratante tiene hasta 30 (treinta) días naturales después del último día del periodo de gracia para pagar la prima del seguro, o la parte que corresponda si se acordó pagarla de manera fraccionada. Al realizar este pago, el seguro volverá a estar vigente automáticamente a partir de la fecha y hora que aparecen en el comprobante de pago.

En caso de que la solicitud exceda este plazo, Zurich México evaluará el continuar con el Contrato.

Para llevar a cabo el proceso de Rehabilitación, se deberá cumplir con los siguientes puntos:

a) Al momento de realizar la solicitud de rehabilitación, el Colectivo deberá reunir el requisito de número de miembros pactado en la Carátula de la póliza y los requisitos que señala el Reglamento del Seguro Colectivo.

b) El Contratante, al momento de efectuar la solicitud, deberá ingresar a la Compañía el importe de la prima o primas vencidas.

c) La Compañía, en caso de considerarlo procedente, realizará la Rehabilitación, señalando el día y hora a partir del cual surtirán efectos la misma, así como las condiciones que aplican a esta rehabilitación.

d) El lapso comprendido entre el momento en que el contrato cesó en sus efectos por falta de pago de primas y el momento en que se rehabilite a través del endoso respectivo, se considerará periodo al descubierto y en ningún caso la Compañía responderá por un Siniestro ocurrido durante el mismo.

2.6. OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE

Es obligación del Contratante, informar o entregar a la Compañía lo siguiente:

- a. Informar a la Compañía mediante la solicitud de seguro y dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que se verifique, el ingreso a la Colectividad Asegurada, de nuevos integrantes, pagando la prima que corresponda y señalando en su caso, si el objeto del contrato de Seguro es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante.
- b. Informar a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que se verifique, la separación definitiva de Integrantes a la Colectividad Asegurada.
- c. Informar a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que se verifique, cualquier

cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo como el cambio de ocupación de los miembros de la Colectividad Asegurada.

- d. El Contratante sólo podrá solicitar ingresos a la Colectividad Asegurada de aquellas personas que cumplan con las características establecidas en la Carátula de la Póliza.

El contrato de seguro será nulo para dichos integrantes reportados por el Contratante que no cumplan dichas características, aún y cuando se les haya emitido el Certificado Individual.

En caso de que el Contratante omita el envío, dentro del término mencionado, de la información y/o documentación mencionada, **será nulo el seguro correspondiente a dichos Asegurados, quedando liberada la Compañía de toda responsabilidad.**

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el cumplimiento de las obligaciones antes indicadas a cargo del Contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la Compañía.

2.7. ALTA DE ASEGURADOS

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales posteriores a la celebración del Contrato, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de la que se trate.

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

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

Lo anterior aplica en caso de matrimonio o nacimiento, ya sea para el cónyuge o hijos. Se tomará como fecha de alta la del matrimonio civil o el nacimiento, según corresponda. Además, los hijos que nazcan mientras esta cobertura esté vigente estarán protegidos desde el momento de su nacimiento.

Las altas de los Asegurados serán inscritas a través de un Endoso a la Póliza.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse pago de la Prima correspondiente.

2.8. BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles a la cuenta bancaria que para tal efecto designe el Contratante.

2.9. REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía llevará un Registro de Asegurados en el que consten por lo menos, los siguientes datos:

- a. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad Asegurada;
- b. Suma asegurada;

- c. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
- d. Operación y plan de seguros de que se trate;
- e. Número de Certificado individual y coberturas amparadas

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

2.10. CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando hay un cambio de Contratante en los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, **la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las 12 (doce) horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.**

En cualquier caso, la Compañía reembolsará la prima neta no devengada a quienes hayan aportado en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles a partir de la fecha de la rescisión de Contrato a la cuenta bancaria que el Contratante haya indicado.

2.11. PRIMA

La prima se registrará conforme a las siguientes reglas:

- a) La Prima de la Póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de la Póliza y la edad alcanzada de cada Asegurado.
- b) En cada Renovación o inclusión de Asegurados, la Prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los mismos, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.
- c) La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y el Contratante deberá pagarla a Zurich México.
- d) La forma de pago de las Primas es anual, sin embargo, el Contratante podrá solicitar el pago fraccionado de las mismas, mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales, las cuales vencerán al inicio de cada período de pago pactado.
- e) Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima, se aplicarán a la misma la tasa de financiamiento por pago fraccionado de la Prima pactada por las partes al momento de celebrar el contrato.
- f) Para los efectos de este contrato se entenderá como fecha de celebración del contrato la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza.

g) Si la prima total del primer recibo no se paga dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales posteriores a su vencimiento, o si un recibo subsecuente no se paga de manera inmediata, los efectos del contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12:00 horas del último día de dicho plazo.

En caso de que ocurra un siniestro durante el periodo de gracia, los gastos médicos cubiertos que haya pagado el Asegurado en ese periodo se indemnizarán mediante el procedimiento de reembolso.

h) Las primas deberán ser pagadas a su vencimiento. De conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido desde ese momento los efectos de este contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12 horas (medio día) del último día del periodo de gracia.

i) La prima convenida deberá ser pagada en las oficinas de la Compañía o medio indicado por esta contra entrega del recibo correspondiente o, en su caso, el cargo correspondiente de la Prima que aparezca en el Estado de Cuenta del Contratante hará prueba plena del pago de la prima por el periodo que corresponda.

j) En caso de siniestro procedente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, la Compañía podrá deducir de la indemnización debida al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado,

de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

k) La obligación del pago de primas será del Contratante.

l) En caso de alta o baja de Asegurados, o de aumento o disminuciones de Beneficios Adicionales, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante, o en su caso al Asegurado, la prima correspondiente, calculada desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la siguiente prima según la forma de pago, cobrando o devolviendo dicha prima a la emisión del siguiente recibo, salvo convenio específico.

2.12. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía expedirá y enviará al Contratante, para que éste los entregue a los Asegurados, Certificados Individuales los cuales deberán contener al menos los datos previstos por el Artículo 16 del Reglamento del Seguro Colectivo, la transcripción que corresponda, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro Colectivo y; en el caso de los seguros de Grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, en su parte conducente, el artículo 19 del Reglamento del Seguro Colectivo.

La Compañía, previo convenio con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los Certificados Individuales de la siguiente forma:

- a) Proporcionando al Contratante los Certificados para su entrega a los asegurados, o
- b) Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento y entrega a los Asegurados de dichos Certificados.

En todos los casos, el Asegurado podrá solicitar a la Compañía el Certificado Individual correspondiente.

2.13. DERECHO DE CONVERSIÓN A INDIVIDUAL

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

2.14. PARTICIPACIÓN EN LAS UTILIDADES O DIVIDENDOS

Definición

Para los efectos de este contrato se entenderá por dividendos, al monto que corresponda al Contratante o al Asegurado, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, por siniestralidad favorable de la póliza en los casos en que así se haya convenido expresamente a la celebración del contrato y aparezca establecido en la carátula de la póliza.

Los Dividendos que, en su caso se otorguen, serán considerando la Experiencia Propia del Grupo. Se entenderá por:

Experiencia Propia

Cuando la prima del Colectivo esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de éste o bien de las pólizas de Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo colectivo.

Condiciones para el otorgamiento de dividendos

El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable se sujetará a lo siguiente:

- a) El otorgamiento de Dividendos deberá aparecer expresamente convenido en la carátula de la póliza;
- b) Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos.
- c) En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;
- d) Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza.
- e) No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza.
- f) La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que Zurich México establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
- g) Para efectos del cálculo de Dividendos podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de

Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma.

h) Cuando los Asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. En este caso, Zurich México pagará la totalidad del dividendo al Contratante, indicándole la parte del mismo que corresponda a cada Asegurado, para que el Contratante la distribuya

i) El otorgamiento del pago del Dividendo estará condicionado al pago de la prima a Zurich México que cubra la vigencia de la póliza, incluyendo los Ajustes y movimientos anuales correspondientes.

j) Si por cualquier razón el Contratante decide cancelar anticipadamente la póliza, ésta no tendrá derecho a dividendo alguno.

k) Si con posterioridad a haber realizado el pago de los dividendos en los términos establecidos en las presentes Condiciones Generales, Zurich México recibe reclamaciones de siniestros con fecha de ocurrencia durante el período de vigencia de la póliza al que corresponde dicho dividendo, se procederá conforme a lo siguiente:

- En el caso de que la póliza haya sido renovada, se recalculará el Dividendo y Zurich México tendrá el derecho de compensar el importe de las reclamaciones relativas a los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza y que hayan sido reportados con posterioridad al pago de los dividendos, contra los dividendos correspondientes a la siguiente vigencia.

- En el caso de que la póliza no haya sido renovada, se recalculará el Dividendo y el Contratante se obliga a devolver la diferencia que resultase a favor de Zurich México en un plazo no mayor a un mes después de que se le hubiere notificado fehacientemente dicha diferencia, sin que dichas cantidades puedan exceder en su conjunto el monto de los dividendos pagados.

Determinación y pago de dividendo

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará y se pagará al finalizar la vigencia de la póliza.

2.15. TIPOS DE ADMINISTRACIÓN

Póliza Autoadministrada

Durante la vigencia del contrato, el Contratante no se obliga a reportar a Zurich México los movimientos de ingresos y bajas de Asegurados. Zurich México dará cobertura a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos adquieran las características para formar parte de la Colectividad Asegurada, sujeto a los criterios de edad de aceptación y requisitos de Asegurabilidad vigentes en la fecha de ingreso del Asegurado, especificados en las condiciones del seguro.

Se hace constar que el Contratante se obliga a dar aviso Zurich México cuando exista un incremento generalizado en la Suma Asegurada, superior al 10% de la Suma Asegurada inicial, dentro de los siguientes 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha en que se da el cambio.

La prima correspondiente será determinada por Zurich México, efectuando el cobro a prorrata considerando la nueva Suma Asegurada y los beneficios que se tengan contratados en ese momento. Dicho incremento no se considerará en el cálculo del Ajuste anual.

La prima correspondiente a los movimientos de ingresos y baja de Asegurados dentro de la Colectividad Asegurada se cobrará en el ajuste anual, aplicando la cuota de cada una de las coberturas contratadas. De no ser cubierto el Ajuste, quedarán sin efecto los movimientos que éste ampare.

En virtud del presente convenio, el Contratante se obliga a integrar y mantener actualizado el expediente relativo a esta póliza y cada uno de los Asegurados que integran la Colectividad Asegurada, con la información mínima requerida por el Reglamento del Seguro Colectivo, dando acceso irrestricto a dicha información a Zurich México, y en su caso, obligándose a proporcionarle la información y los documentos que obren en los expedientes respectivos, dentro de los 2 (dos) días hábiles siguientes a que reciba la petición expresa y por escrito por parte de Zurich México.

Administración Simplificada

Este sistema establece que, durante la vigencia del contrato, el Contratante se obliga a reportar a Zurich

México los movimientos de ingresos de Asegurados, bajas de Asegurados y modificaciones de Suma Asegurada, que señalan las cláusulas particulares de: Pago de Suma Asegurada, Ingresos de Asegurados, Baja de Asegurados y Suma Asegurada, dentro de los siguientes 30 (treinta) días naturales a partir de la fecha que les dio origen.

Zurich México dará cobertura a los nuevos Asegurados a partir de la fecha en que éstos cumplan con las características definidas en la cláusula de Colectividad Asegurada, reúnan los requisitos de elegibilidad correspondientes, sujetos a los criterios de edad de aceptación y requisitos de Asegurabilidad vigentes en la fecha de ingreso del Asegurado.

La prima a favor o en contra del Contratante, correspondiente a los movimientos por ingreso y bajas dentro de la Colectividad Asegurada, será determinada por Zurich México, dicha prima se reflejará en un recibo independiente al(los) recibo(s) propios a la forma de pago de la misma.

2.16. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD EN OTROS SEGUROS SIMILARES

Para efectos de esta cláusula, se entenderá por Antigüedad lo señalado en el apartado de Definiciones.

La Antigüedad puede ser reconocida, tratándose de Póliza(s) de Zurich México o ser reconocida de Póliza(s) de otra(s) Compañía(s); para ello, debe presentarse la documentación que para estos efectos requiera Zurich México al momento de solicitar la Póliza, durante los siguientes treinta (30) días posteriores al inicio de vigencia de la Póliza contratada con Zurich México, debiendo presentar la documentación que lo acreditó como Asegurado de manera continua e ininterrumpida.

El reconocimiento de Antigüedad sirve para eliminar o reducir los Periodos de Espera y opera sobre las siguientes bases:

Zurich México, previa comprobación, podrá reconocer a cada uno de los Asegurados, la Antigüedad que hayan acumulado a partir del inicio de vigencia de la Póliza de Gastos Médicos Mayores donde hayan tenido cobertura continua e ininterrumpida, hasta el inicio de vigencia de la Póliza con Zurich México. Para la comprobación anterior, el Contratante deberá presentar a Zurich México en la fecha de emisión el listado de asegurados y carátula de Póliza en papel con membrete de la compañía de seguros anterior donde se certifique el periodo de aseguramiento de cada uno de los Asegurados.

Para altas posteriores a la emisión de la Póliza, en caso de solicitar el Reconocimiento de Antigüedad, el Asegurado tendrá la obligación de demostrar su Antigüedad de la compañía de seguros anterior a través de una carta expedida por dicha compañía de seguros donde se especifique el número de Póliza, tipo de seguro, número de certificado, nombre de los asegurados, periodo cubierto y fecha de Antigüedad de cobertura ininterrumpida, de lo contrario el Reconocimiento de Antigüedad no surtirá efecto.

El Reconocimiento de Antigüedad sólo aplica para eliminar o reducir los Periodos de Espera, excepto los casos en que las Condiciones Generales establecen coberturas en las cuales no opera el reconocimiento de antigüedad bajo ninguna circunstancia.

La Antigüedad reconocida para cada Asegurado será indicada en el Certificado Individual.

El reconocimiento de Antigüedad no implica cubrir Padecimientos Preexistentes y tampoco el pago de complementos de siniestros.

2.17. OTROS SEGUROS

El Contratante debe notificar por escrito a Zurich México sobre todo seguro que contrate o haya contratado, y que cubra a las mismas personas contra los mismos riesgos, indicando los nombres de las compañías aseguradoras y las Sumas Aseguradas.

En caso de Siniestro, si las coberturas otorgadas en la Póliza estuvieran amparadas en su totalidad o en forma parcial por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el total de las indemnizaciones pagaderas por todas las Pólizas, no podrá exceder el total de los Gastos Médicos incurridos.

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

2.18. EXPEDIENTE DE IDENTIFICACIÓN

El Contratante se obliga a integrar y conservar un expediente con los datos y documentos para identificar a cada Asegurado, de conformidad con las "Políticas de identificación del Cliente" establecidas por Zurich México, las cuales son acordes a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Zurich México, podrá solicitar en cualquier momento al Contratante por escrito a través de correo electrónico y de manera aleatoria, los expedientes de los Asegurados, para verificar que éstos se encuentren debidamente integrados conforme a lo señalado en el párrafo anterior. El Contratante deberá remitir los expedientes solicitados a Zurich México, en un plazo no mayor a 5 (cinco) días hábiles siguientes al día en que se solicitó dicha información.

Asimismo, el Contratante estará obligado a remitir los expedientes de identificación de los Asegurados, en el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, cuando Zurich México, se los solicite por escrito para dar cumplimiento a requerimientos recibidos por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El Contratante deberá conservar los expedientes de identificación de los Asegurados durante 10 (diez) años, contados a partir de que dichos Asegurados dejen de prestar sus servicios al Contratante cuando se trate de empleados o personal del mismo, o bien, después de concluida la relación entre Zurich México y el Contratante.

2.19. SUBROGACIÓN

De conformidad con el Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la compañía que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. **Zurich México podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado.** Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y Zurich México concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

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

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

2.20. RESPONSABILIDAD CIVIL ANTE EL ASEGURADO

En virtud de que la elección para recibir la atención médica u hospitalaria de los padecimientos o accidentes cubiertos por esta póliza es libre y voluntaria de parte del Asegurado y/o sus familiares, **Zurich México no será responsable ante el Asegurado, Asegurados Dependientes, Beneficiarios o causahabientes, de cualquier daño o perjuicio que sufran como consecuencia de las opiniones, hechos u omisiones, en que incurran en el**

ejercicio de su actividad profesional los Prestadores de Servicios Médicos, Médicos, Médicos Especialistas, Hospitales, Clínicas o Sanatorios, Servicios de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier Enfermedad amparada o Accidente amparado.

No obstante, Zurich se obliga a garantizar el cumplimiento de las obligaciones asumidas en el presente contrato frente al Asegurado y el nivel de servicio ofrecido con los prestadores de la Red de Prestadores de Servicios.

2.21. CLÁUSULA DE ARBITRAJE

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Compañía acerca de que el evento indemnizable haya sido ocasionado por padecimientos preexistentes, a elección del Asegurado, la cuestión podrá ser sometida al arbitraje de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 (diez) días contados a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera. 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 hiciera cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieran de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial la que, a petición de cualquiera de las partes, hará el nombramiento del perito, del perito tercero, o de ambos si así fuera necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF) podrá nombrar el perito o perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren.

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

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

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

3. OBJETO DEL SEGURO

Si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que haya requerido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por el Contrato de Seguro, el Asegurado Titular o los Asegurados Dependientes incurrieran en cualquiera de los gastos citados en este Contrato, Zurich México reembolsará o pagará el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato de Seguro, siempre y cuando los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana y tanto la Póliza como el Certificado Individual se encuentren en vigor al momento del Accidente o Enfermedad.

4. COBERTURA BÁSICA

4.1. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES CUBIERTAS

4.1.1. AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA

Ambulancia aérea para traslado al Hospital más cercano dentro del territorio nacional por motivo de una Emergencia Médica producida por una Enfermedad o Accidente cubierto y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para la atención en el lugar donde se presentó dicha urgencia. La Suma Asegurada máxima para este beneficio es de 700 UMAM por año Póliza para cada Asegurado, aplicando invariablemente en cualquier caso un Coaseguro del 20% aun utilizando la Red de Prestadores de Servicios.

Este servicio opera únicamente vía reembolso.

4.1.2. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

Servicio de ambulancia de traslado terrestre dentro del territorio nacional por cualquier Emergencia Médica y a facilidades quirúrgicas ambulatorias.

4.1.3. PRÓTESIS, IMPLANTES, INJERTOS Y APARATOS ORTOPÉDICOS

Quedan cubiertos los gastos originados por:

- a. La compra o renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y del respectivo Certificado Individual. El monto estará limitado a 200 UMAM.
- b. Gastos que resulten de la renta o compra de camas especiales para enfermos, material de osteosíntesis y cardíaco, pulmón artificial y otros aparatos semejantes, prótesis valvular cardíaca, prótesis oculares y miembros artificiales, lente intraocular, aparatos auditivos e implante coclear, que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta. Aparatos ortopédicos; en el caso de zapatos ortopédicos, se cubrirá un máximo de dos pares al año. Se excluye la reposición de Aparatos Ortopédicos ya existentes a la fecha del Accidente o Enfermedad. El monto estará limitado a 200 UMAM.
- c. Gastos por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta.
- d. Gastos derivados de tratamientos dental, alveolar o gingival, requeridos a consecuencia de un Accidente cubierto por esta Póliza. Se cubre la prótesis dental. El monto está limitado a 200 UMAM.

4.1.4. TERAPIA Y REHABILITACIÓN

Quedan cubiertos los gastos originados por:

- a. Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, rehabilitación, fisioterapia, neurorrehabilitación, quimioterapia u ozonoterapia de acuerdo con el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich.
- b. Terapia física cuando sea suministrada por un proveedor en convenio. **Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen**, siempre que se corrobore mediante bitácora de asistencia y resumen médico de evolución. Se tendrán como máximo 40 (cuarenta) sesiones por evento.

4.1.5. ATENCIÓN RECÉN NACIDO PREMATURO POR PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

Esta cobertura cubre las enfermedades y anomalías congénitas hasta un límite de 200 UMAM y se otorga a:

- i. Menores nacidos durante la vigencia del Certificado y que su madre o padre asegurado tenga cuando menos 10 meses de Antigüedad y que sea dado de alta en la Póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento.
- ii. Menores no nacidos durante la vigencia del Certificado, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - Cuando se manifiesten después de la edad de 5 (cinco) años.
 - No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio del Certificado.
 - El primer gasto por esta enfermedad ocurra en la vigencia del Certificado.

Exclusiones específicas para esta cobertura:

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

4.1.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Se cubren los gastos del Asegurado por Trasplante de Órganos cuando éste sea el Receptor.

- Trasplantes cubiertos bajo esta Póliza:
- Corazón
- Corazón y pulmón combinados
- Riñón
- Córnea
- Hígado
- Hueso
- Piel (para injerto o para cualquier otro propósito médicamente necesario)

Médula ósea autóloga, para:

- Linfoma de no-Hodgkin (de acuerdo con la clasificación vigente de la Organización Mundial de la Salud) Estado III A o B; Estado IV A o B
- Linfoma de Hodgkin (de acuerdo con la clasificación vigente de la Organización Mundial de la Salud), Estado III A o B; o Estado IV A o B
- Neuroblastoma, Estado III o Estado IV
- Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso

Médula ósea alogénica, para:

- Anemia aplásica
- Leucemia aguda
- Inmunodeficiencia combinada severa
- Síndrome de Wiskott-Aldrich
- Osteopetrosis infantil maligna (Enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada)
- Leucemia mielógena crónica (LMC)
- Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año
- Beta talasemia homocigoto (talasemia mayor)
- Linfoma de Hodgkin (de acuerdo con la clasificación vigente de la Organización Mundial de la Salud) Estado III A o B, o Estado IV A o B
- Linfoma de no- Hodgkin (de acuerdo con la clasificación vigente de la Organización Mundial de la Salud) Estado III o Estado IV

Límites de esta cobertura:

- La Suma Asegurada máxima para esta cobertura es de 500 UMAM

- Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se mantienen las condiciones establecidas en el presente Contrato
- Se cubren Gastos del Donante, con Suma Asegurada máxima de 100 UMAM sin aplicación de Deducible ni Coaseguro

Un Trasplante de dos órganos realizado durante la misma sesión de cirugía será considerado como un solo Trasplante. Los beneficios por un procedimiento de re-Trasplante (un segundo Trasplante que se efectúa a continuación de un Trasplante inicial que fracasó), será pagado solamente si Zurich México lo considera una necesidad médica y como parte del mismo evento hasta la Suma Asegurada establecida.

Exclusiones específicas para esta cobertura.

Quedan excluidos los gastos relacionados a un Trasplante de Órganos cuando:

- **El Trasplante sea proporcionado por o en relación con una condición preexistente, o de naturaleza experimental o de investigación o electivo.**
- **Esté disponible cualquier tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo para el tratamiento de la condición o Enfermedad del Asegurado.**

4.1.7. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y/O PSIQUIÁTRICO

Las coberturas amparadas por esta cláusula son:

a. Honorarios del médico psiquiatra y/o psicólogo por un máximo de 30 consultas durante la vigencia de la Póliza, a razón de 0.30 UMAM máximo por consulta.

b. Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante la vigencia de la Póliza, hasta un máximo total de 5 UMAM.

Lo anterior, sin aplicación de Deducible ni Coaseguro y siempre y cuando la consulta derive:

1. Del tratamiento de un asalto, secuestro o violación siempre y cuando el Asegurado no sea el sujeto activo de estos delitos. Esta cobertura procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante la autoridad pertinente.
2. Del diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, infarto al miocardio, insuficiencia renal, intervención quirúrgica por Enfermedad de las arterias coronarias o Accidente vascular cerebral.
3. De algún accidente o enfermedad cubierta por las condiciones de la Póliza.

Para los incisos 2. y 3. se deberá compartir el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Quedan excluidos para esta cobertura:

- **Consultas que deriven de la ansiedad y/o depresión.**
- **Consultas derivadas de Padecimientos Preexistentes.**
- **Consultas atendidas por Médicos psiquiatras que no cuenten con acreditación de la especialidad en Psiquiatría de Enlace o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.**

4.1.8. DEPORTES AMATEURS

Quedan cubiertos los gastos médicos amparados que requiera el Asegurado a consecuencia de Accidentes sufridos por la práctica amateur de deportes, cuando no ocurran a causa de negligencia inexcusable o culpa grave por parte del Asegurado o de sus dependientes. Se entenderá por deportes amateurs como aquellos que no tienen remuneración económica y no son catalogados como actividades peligrosas y/o deportes extremos.

Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se mantienen las condiciones establecidas en el presente Contrato.

4.1.9. ACTIVIDADES PELIGROSAS Y/O DEPORTES EXTREMOS

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

Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se mantienen las condiciones establecidas en el presente Contrato.

4.1.10. ACCIDENTE EN MOTOCICLETA

Quedan cubiertos los gastos médicos amparados que requiera el Asegurado a consecuencia de Accidentes sufridos a consecuencia del uso de motocicleta y otros motovehículos como ciclomotores, motonetas, motocarros, triciclos, cuatriciclos con motor, etc.

Se cubre al Asegurado mientras viaje como piloto o pasajero siempre y cuando haya cumplido con la reglamentación vigente para el uso de vehículos motorizados aplicable en el lugar del Accidente y cuente con la licencia pertinente en vigor; adicionalmente que el Asegurado no se encuentre bajo el influjo del alcohol u otras drogas psicotrópicas. Únicamente se cubrirá Accidentes ocasionados en el horario de labores y derivado del desempeño de sus actividades.

Para poder operar esta cobertura se debe presentar Acta del evento ante el Ministerio Público o ante la autoridad pertinente.

Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se mantienen las condiciones establecidas en el presente Contrato.

4.1.11. HONORARIOS MÉDICOS

Los Honorarios Médicos que pertenezcan a la Red Médica Zurich, serán cubiertos con base en los montos económicos y políticas de aplicación del tabulador convenido. En este caso no se reembolsarán otros gastos por concepto de honorarios por procedimientos ya pagados previamente al Médico perteneciente a la Red de Prestadores de Servicios.

Así mismo una vez cubiertos los Honorarios Médicos por evento programado y/o ingreso hospitalario debido a que el Médico de la Red Médica Zurich se ajustó previamente al tabulador de acuerdo con la información proporcionada, Zurich realizará el pago de sus honorarios, a menos que el Médico confirme por escrito su inconformidad a ajustar sus honorarios al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich; previa al ingreso hospitalario en caso de evento programado y/o al alta del Asegurado en caso de ingreso hospitalario. En este **caso no se reembolsarán otros gastos por concepto de honorarios por procedimientos tabulados previamente al Médico.**

APLICACIÓN DE LOS HONORARIOS MÉDICOS

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo con el Monto por Procedimiento Terapéutico y quedarán cubiertos los siguientes conceptos:

- a. Honorarios Médicos por consultas médicas
 - Honorarios de los Médicos que pertenezcan a la Red Zurich serán cubiertos aplicando los montos y políticas de acuerdo con el Plan contratado. Se cubrirán siempre y cuando esté relacionado a un gasto médico amparado.
- b. Honorarios Médicos con intervención quirúrgica
 - Honorarios Médicos y quirúrgicos de cirujano(s) cubriendo el 100% con límite máximo de acuerdo con el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich de acuerdo con el Plan contratado.
 - Anestesiólogo(s) con un límite máximo de hasta un 30% referenciado a lo pagado al cirujano.
 - Primer Ayudante con un límite máximo del 20% referenciado a lo pagado al cirujano.
 - Segundo Ayudante y/o Instrumentista con un límite máximo del 10% referenciado a lo pagado al cirujano.
- c. Honorarios de enfermería o de cuidados especiales a domicilio que se encuentren legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre y cuando sean prescritas por el Médico y su empleo esté plenamente justificado, hasta por un periodo de 30 (treinta) días y con límite diario de 1 UMAM.
- d. Honorarios de Médicos quiroprácticos, acupunturistas y homeópatas que cuenten con Cédula Profesional para ejercer, siempre y cuando sean recomendados por el Médico tratante.

4.1.12. HOSPITALIZACIÓN

De acuerdo con el tipo de Plan contratado, especificado en la Carátula de la Póliza y en el Certificado individual, se cubren:

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

4.1.13. MEDICAMENTOS

Medicamentos consumidos por el Asegurado en el Hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes, se relacionen con el Evento cubierto y estén autorizados por las autoridades sanitarias competentes.

4.1.14. MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Si como resultado de algún tratamiento médico se requiere algún Medicamento de Alto Costo, éste deberá ser gestionado a través de Zurich México con los proveedores en convenio.

En caso de que Zurich México no tenga disponibilidad del medicamento con sus proveedores, el Asegurado podrá llevar su tratamiento.

La Aseguradora aplicará un Coaseguro del 10% adicional al que le corresponda bajo las condiciones del Contrato.

Lo anterior no aplica cuando se trate de un Accidente y/o Emergencia Médica.

4.1.15. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

- a) Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología, incluyendo Rayos X, electrocardiogramas, isótopos radioactivos, electroencefalogramas, exámenes de diagnóstico, de gabinete o de cualesquiera otros indispensables para el tratamiento, diagnóstico o seguimiento de un Accidente o Enfermedad cubiertos, siempre que sea prescrito por el Médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el Accidente o Enfermedad que se está tratando.
- b) Exámenes de alergias prescritos por el Médico tratante por escrito y con límite máximo de una serie por año.

4.1.16. CIRCUNCISIÓN NO PROFILÁCTICA

Se cubren los Gastos Médicos siempre y cuando exista una Enfermedad o Padecimiento que justifique la intervención del Médico. El límite de Suma Asegurada para esta cobertura es de 5 UMAM.

4.1.17. HALLUX VALGUS Y RIGIDUS

Se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos para Hallux Valgus (juanete) y Hallux Rigidus (dedo rígido), siempre que no sean con fines estéticos.

El límite de la Suma Asegurada para esta cobertura es de 10 UMAM cuando el tratamiento es unilateral, y de 20 UMAM cuando es bilateral.

4.1.18. LUNARES Y NEVUS

Se cubren los Gastos Médicos y quirúrgicos a consecuencia de Lunares o Nevus que no sean de carácter estético y que el diagnóstico se fundamente mediante un estudio histopatológico que muestre signos de malignidad. Siempre y cuando la primera aparición o alteración física suceda posterior al alta con el Contratante y se demuestre que haya una lesión maligna comprobada mediante resultado de la patología. El límite de Suma Asegurada para esta cobertura es de 10 UMAM.

4.1.19. PADECIMIENTOS OSTEMUSCULARES

Para efectos de esta cobertura, se consideran padecimientos osteomusculares aquellos que afectan la cadera, rodilla, hombro y columna.

Los padecimientos de Lordosis, Xifosis y Escoliosis no estarán cubiertos.

Aplica Coaseguro del 20% únicamente se podrá otorgar a través de Pago Directo y/o Programación, excepto cuando se trate de un Accidente.

Aplica la Segunda Opinión Médica, excepto cuando se trate de un Accidente.

4.2. GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

4.2.1. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS TREINTA DÍAS

Se cubrirán los gastos originados por las Enfermedades cuyas primeras manifestaciones y primer Gasto Médico por diagnóstico o tratamiento se presenten 30 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado. Esta limitación no opera en la Renovación de la póliza o Certificado respectivo, ni para cuando se ha aplicado el Reconocimiento de Antigüedad con el que cuente el Asegurado.

4.2.2. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DIEZ MESES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

- a) Enfermedades Hipertensivas del embarazo incluyendo Preeclampsia y eclampsia
- b) Óbito
- c) Mola hidatiforme (embarazo molar)
- d) Fiebre puerperal
- e) Toxicosis gravídica
- f) Placenta previa
- g) Placenta accreta.
- h) Atonía uterina

4.2.3. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE MESES

- a) Amigdalitis y adenoiditis e hipertrofia de amígdala y/o adenoides
 - b) Vesícula y vías biliares
 - c) Litiasis renal y en vías urinarias
 - d) Padecimientos de la columna vertebral
- Los padecimientos de Lordosis, Xifosis y Escoliosis no estarán cubiertos.**
- e) Padecimientos anorrectales
 - f) Rodilla, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos
 - g) Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores

4.2.4. GASTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS CUARENTA Y OCHO MESES SIDA

Se cubrirá a los Asegurados de la Póliza los gastos médicos y hospitalarios originados a consecuencia de la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) aplicando Deducible y Coaseguro estipulado en el Certificado Individual, siempre que hayan transcurrido los primeros 48 (cuarenta y ocho) meses de vigencia ininterrumpida del Certificado Individual con Zurich México o con otra compañía aseguradora con la cual tenga contratada esta cobertura y que el virus del VIH no haya sido detectado antes de ese período.

La infección del VIH o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se demostrará con estudios de laboratorio que demuestren un nivel de linfocitos T CD-4 menor o igual a 200 por microlitro.

Exclusiones de la cobertura de SIDA:

- **No se cubrirán durante el Periodo de Espera de 48 meses los estudios de diagnóstico, tratamiento o complicaciones para la detección del VIH o Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.**
- **No se cubrirán los gastos cuando el VIH sea adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa.**
- **No se cubrirán los gastos cuando se utilicen drogas, medicamentos o tratamientos experimentales.**

- **No hay eliminación o reducción de los conceptos Deducible y Coaseguro aún y cuando la atención sea con proveedores de la Red de prestadores de Servicio.**

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

Para Colectividades con un número inicial de Asegurados mayor a 100, se aplicará la Eliminación o Reducción de los Periodos de Espera previstos en las Cláusulas 4.2.2 y 4.2.3.

4.3. COBERTURAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN DE ZURICH MÉXICO

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

- a. **Ambulancia:** Cualquier traslado programado debe realizarse previa autorización de Zurich México a excepción del caso de Emergencia Médica donde no es necesaria la autorización de Zurich México.
- b. **Trasplante de Órganos:** Cualquier Trasplante debe ser autorizado previamente por escrito por Zurich México.

4.4. EXCLUSIONES GENERALES DE LA COBERTURA BÁSICA

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

- 1) **Padecimientos preexistentes, así como los complementos anteriores.**
- 2) **Prematurez, malformaciones y Padecimientos Congénitos que no cumplan con los requisitos estipulados en la Cláusula 4.1.5.**
- 3) **Padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanías.**
- 4) **Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas o mentales por la ingestión de bebidas alcohólicas o consumo de drogas sin prescripción médica.**
- 5) **Complementos o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil; aún por prescripción médica en Enfermedades o Accidentes cubiertos cualquiera que sea su causa.**
- 6) **Padecimientos psicológicos y/o psiquiátricos con excepción de lo indicado en la Cláusula 4.1.7.**
- 7) **Lesiones originadas por trastornos de enajenación mental, de conducta, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis.**
- 8) **Lesiones o mutilaciones originadas por intento de Suicidio.**
- 9) **Tratamiento para corregir trastornos de conducta, del aprendizaje, del lenguaje o audición, déficit de atención, alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías cualquiera que sea la causa, salvo lo estipulado en la Cláusula 4.1.3.**

- 10) Honorarios por tratamientos naturistas, vegetarianos o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 11) Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo, quelaciones y magnetoterapia.
- 12) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales excepto cuando sean a consecuencia de un Accidente cubierto por esta Póliza.
- 13) Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, excepto los ocasionados por Accidentes ocurridos durante la vigencia del Certificado.
- 14) Tratamientos médicos o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia o bulimia.
- 15) Tratamiento o procedimiento médico estético o plástico excepto las cirugías reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubierta ocurridos durante la vigencia de este seguro.
- 16) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.
- 17) Tratamientos preventivos.
- 18) Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie o el acné en cualquiera de sus formas y manifestaciones.
- 19) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un Sanatorio, Clínica u Hospital, salvo cama extra en los planes con cobertura nacional.
- 20) Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo del delito.
- 21) Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución y rebelión.
- 22) Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- 23) Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- 24) Lesiones sufridas por el Asegurado por la práctica profesional de algún deporte.
- 25) Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, de la terapia de Rayos X, radioterapia, radium e isótopos, aplicada y no prescrita por un Médico o sin la disposición o la supervisión médica correspondiente.
- 26) Todo tipo de Padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, que resulten por la aplicación de perforaciones, piercings o tatuajes.

- 27) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa.
- 28) Tratamientos, medicamentos o productos cuyo principal objetivo sea la reducción de peso, control del apetito o manejo de obesidad, aun cuando sean prescritos bajo el diagnóstico de otras condiciones médicas, tales como: Diabetes Mellitus, Hígado Graso y otras, salvo que dichos medicamentos sean parte integral y reconocida en las guías clínicas de tratamiento para la condición principal diagnosticada y cuenten con justificación médica avalada por un especialista autorizado.
- 29) Reposición y compostura total o parcial de Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos.
- 30) Compra o renta de plantillas, alerones ortopédicos, virones, cuñas, barras, botones y cualquier adición ortopédica al zapato.
- 31) Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, para mejorar o restaurar la función sexual, infertilidad y/o esterilidad, disfunción sexual y sus complicaciones, inseminación artificial y/o la implantación de embriones in Vitro, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- 32) Maternidad subrogada.
- 33) Cirugía de Reasignación genital y/o Tratamiento de cirugía para cambio de género, o cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- 34) Tratamientos experimentales y tratamientos innovadores.
- 35) Cargos en conexión de los gastos del Síndrome Cerebral o cargos custodiales resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.
- 36) Lentes de contacto y anteojos.
- 37) Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento que sean originados por culpa grave o negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación.
- 38) Gastos personales no cubiertos: paquetes de admisión hospitalaria, fotografías, videos o CD's personales o de procedimientos médicos, llamadas telefónicas, boletos de estacionamiento, artículos de tocador de uso personal, palanganas, pañales, toallas femeninas, leches industrializadas, enfriadores en general, sábanas o cojines térmicos, face ten, protector solar o tratamientos dermatológicos sin justificación médica, protector de yeso y tira leche.
- 39) Los Padecimientos de la columna vertebral por Enfermedad.
- 40) Padecimientos o Enfermedades a consecuencia de una Epidemia o Pandemia legalmente declaradas por las Autoridades Sanitarias.
- 41) Accidente por asalto.
- 42) Uso profesional de motocicleta como pasajero o piloto, pruebas de velocidad o resistencia, así como traslados en carretera foráneo.
- 43) Maternidad.
- 44) Todas aquellas Complicaciones del Embarazo que no estén enunciadas en la Cláusula 4.2.2.
- 45) Xifosis, Lordosis y Escoliosis.

46) Medicamentos de Alto Costo, salvo los mencionados en la Cláusula 4.1.14.

47) Legrado y Aborto.

48) Astigmatismo, Miopía y/o Hipermetropía.

49) Endometriosis y adherencias pélvicas.

50) Recién nacido prematuro.

51) Cirugías asistidas por robot.

52) Circuncisión profiláctica.

53) Padecimientos de uñas del pie y de mano que no son consecuencia de enfermedades sistémicas, dermatológicas, metabólicas, infecciosas o traumáticas.

5. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

5.1. CONTINUIDAD FAMILIAR POR MUERTE O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO TITULAR

Si ocurre la muerte o la Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular, se mantendrá vigente la protección de la Cobertura Básica, exceptuando el pago de Primas para cada uno de los Asegurados Dependientes vigentes al momento del Evento, lo anterior, durante los próximos 3 (tres) años o por el periodo que falte por transcurrir de la fecha de ocurrencia del Evento a la fecha de cancelación por edad máxima, lo que ocurra primero.

Al realizarse el Evento cubierto, la cobertura de los Asegurados Dependientes se emitirá como parte de la Colectividad con el mismo tipo de plan básico y Suma Asegurada vigente en la fecha del Evento sin incluir cobertura adicional alguna.

El reconocimiento de la Invalidez Total y Permanente se hará con un dictamen médico emitido por la institución de seguridad social a la que encuentre afiliado el Asegurado. En el caso de no estar afiliado a alguna de estas instituciones, con un certificado médico expedido por un Médico con cédula profesional con especialidad en medicina del trabajo o bien por la jurisdicción sanitaria de la población donde radique el Asegurado. En el caso de que se considere necesario, Zurich México podrá designar un perito que evalúe el estado de invalidez.

Para que esta cobertura sea procedente a causa de Invalidez Total y Permanente, es necesario que el Padecimiento que da origen al estado de invalidez no haya ocurrido o se haya diagnosticado previamente al inicio de vigencia del seguro del Asegurado Titular, quedando cubiertos, aquellos casos que hayan sido diagnosticados así durante la vigencia del seguro.

Exclusiones para esta cobertura:

• Zurich México no proporcionará estos beneficios si el Asegurado Titular fallece o se invalida por participar directamente como sujeto activo en actos delictivos intencionales o a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura.

5.2. MATERNIDAD

Se cubren los gastos comprobables por atención de parto o cesárea para Asegurados Titulares y cónyuge o concubina, de acuerdo con la Suma Asegurada estipulada en el Certificado Individual. En ambos casos, aplica un Periodo de Espera de 10 (diez) meses y el Deducible y Coaseguro especificados en el Contrato. Para esta cobertura se reconocerá la Antigüedad de la madre.

Exclusiones para esta cobertura:

- **Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo, parto o puerperio que no se encuentren citadas en la presente cobertura.**

5.3. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si a consecuencia de una Enfermedad y/o Accidente cubierto, el Asegurado se encontrase hospitalizado por prescripción médica en un Hospital, Clínica o Sanatorio, Zurich México pagará mientras subsista la hospitalización, la cantidad diaria contratada e indicada en el Contrato. En caso de no especificarse en el Certificado, se considerará una Indemnización Diaria por Hospitalización de 1,000 (mil) pesos. El pago de la indemnización iniciará posterior a 24 (veinticuatro) horas de que el Asegurado ingrese como paciente interno, es decir, no se cubrirán las primeras 24 (veinticuatro) horas de estancia, y se pagará hasta un máximo de 10 (diez) días consecutivos, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la atención de una Enfermedad o Accidente.

Exclusiones de la cobertura:

- **Indemnizaciones a consecuencia de las exclusiones de la Cobertura Básica.**
- **Indemnización por hospitalizaciones previas a la contratación de esta cobertura opcional para cada Certificado.**

5.4. EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Se cubrirán los gastos médicos erogados por Emergencia Médica efectuados fuera del territorio de la República Mexicana, siempre y cuando la primera sintomatología se haya presentado en el extranjero. Cuando a criterio del Médico tratante la atención médica de urgencia ya no sea requerida o al expedirse el alta del servicio de urgencias o de hospitalización, cesará la condición de Emergencia Médica en el extranjero.

Esta cobertura operará con la Suma Asegurada y Deducible especificados en el Contrato y sin aplicación de Coaseguro.

Zurich México pagará la Reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana estipulado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación vigente en la fecha en que se efectuó el Reembolso.

Exclusiones para esta cobertura:

Se excluyen todos los Eventos que no cumplan con la condición de Emergencia Médica en el extranjero, además de:

- **Todos aquellos conceptos que figuren en las exclusiones de la Cobertura Básica.**
- **Los tratamientos subsecuentes a la condición de Emergencia Médica a los que se someta el Asegurado en el extranjero.**
- **Parto o cesárea y sus complicaciones, así como la atención del recién nacido cualquiera que sea su causa.**
- **Los servicios de enfermería fuera del hospital.**
- **No procederá la Reclamación cuyo primer gasto sea efectuado después de acumular una estancia mayor a 3 (tres) meses continuos en el extranjero.**

5.5. NARIZ Y SENOS PARANASALES

Se cubren después de transcurridos 12 (doce) meses del inicio de vigencia del Certificado Individual con límite en la Suma Asegurada especificada en dicho Certificado los gastos correspondientes a padecimientos de nariz y/o senos paranasales originados por Accidente o Enfermedad, bajo las siguientes condiciones:

Únicamente se podrá otorgar a través de Pago Directo y/o Programación, excepto cuando se trate de un Accidente.

Aplica la Segunda Opinión Médica, excepto cuando se trate de un Accidente.

5.6. CORRECCIÓN VISUAL

Se cubre el tratamiento para corregir la miopía, astigmatismo o hipermetropía, de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. El Informe Médico y el examen médico deberán especificar que el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes presenta una desviación visual mínima de 5 (cinco) dioptrías para cualquiera de los siguientes Padecimientos por cada ojo:
 - Astigmatismo
 - Miopía y/o
 - Hipermetropía

Para fines de esta cobertura no se considera la suma de las dioptrías de ambos ojos o de los Padecimientos.

2. El Evento está cubierto una sola vez, ya sea que se trate de un procedimiento unilateral o bilateral. La Suma Asegurada aplicará para cualquiera de las dos situaciones: unilateral o bilateral.
3. Es requisito indispensable que el Asegurado o Dependientes se someta a una Segunda Opinión médica por parte de un médico de la Red de Prestadores de Servicios.
4. Es requisito indispensable presentar el examen de topografía corneal donde se confirme el número de dioptrías necesarias para que proceda la cirugía.
5. La cirugía se realizará para ambos ojos en caso de cumplir con el número de dioptrías.

5.7. COBERTURAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN DE ZURICH MÉXICO

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

- a. **Corrección Visual:** Zurich México revisará el caso a través de un Médico oftalmólogo de la Red de Prestadores de Servicios, quien certificará los diagnósticos correspondientes y el número de dioptrías. Los gastos por el tratamiento se ajustarán al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich. Los gastos de la certificación del tratamiento estarán a cargo de Zurich México sin costo para el Asegurado.
- b. **Nariz y Senos Paranasales:** En caso de Accidente, se deberá notificar dentro de los primeros 90 días de ocurrido el suceso a Zurich México, para que sea valorado por un Médico de la Red de Prestadores de Servicios. En caso de que el resultado de la valoración no cumpla con las condiciones de Accidente, el Evento se considerará como una Enfermedad. Los gastos por esta cobertura se determinan con base en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich.

6. RECLAMACIONES Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

6.1. AVISO

- i. Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a Zurich México, en el curso de los primeros 5 (cinco) días hábiles, de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de Urgencia, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse. El Asegurado Titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.
- ii. En toda Reclamación, el reclamante deberá comprobar a Zurich México la realización del siniestro, y deberá presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el Evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, Zurich México quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente Reclamación.
- iii. Zurich México tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante o Asegurados para que se lleve a cabo esta comprobación liberará a Zurich México de cualquier obligación.
- iv. Zurich México sólo pagará los honorarios de Enfermeras, Médicos y Médicos especialistas para ejercicio de su profesión y que sea congruente con su rama médica, así como los gastos de internamiento efectuados en Sanatorios, Clínicas u Hospitales legalmente autorizados.
- v. Para Reclamaciones por Tratamiento Psiquiátrico y /o Psicológico, cuando éstas sean derivadas del tratamiento de un asalto, secuestro o violación, Zurich México solicitará como requisito indispensable copia certificada del acta levantada ante el Ministerio Público para proceder al pago de las Consultas; en caso de no entregarse dicha acta, Zurich México quedará liberada del pago de dichas consultas y servicios.

6.2. PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato de Seguro.
- b) A la cantidad resultante se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo con el porcentaje y Tope de Coaseguro máximo establecido en el Certificado individual.
- c) El Deducible, Coaseguro, así como los límites citados en el Contrato de Seguro se aplicarán para cada Enfermedad o Accidente cubierto.
- d) En caso de que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras pólizas de seguro, de esta u otra institución, será requisito indispensable presentar a Zurich México la documentación necesaria para comprobar dicha erogación.
- e) En caso de fallecimiento del Asegurado, cualquier beneficio amparado por el Contrato y que se encuentre pendiente o que no haya sido pagado, será liquidado directamente a la Red

Médica Zurich; de lo contrario Zurich México reembolsará a la sucesión legítima del Asegurado.

6.3. GASTOS MÉDICOS COMPROBABLES POR ACCIDENTE

Los gastos originados a consecuencia de un Accidente serán pagados por Zurich México sin aplicar Deducible ni coaseguro, siempre y cuando se rebase el Deducible contratado. Los primeros gastos médicos se deben realizar dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente, después de este periodo se considerará como Enfermedad.

6.4. SERVICIO DE PAGO DIRECTO

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

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de Zurich México para verificar la situación de procedencia del caso. Durante el periodo de gracia de 30 (treinta) días para el pago del primer recibo no se otorgará el Servicio de Pago Directo si la Póliza no ha sido pagada, por lo que en tal circunstancia solo operará el Reembolso de gastos.

El Servicio de Pago Directo se puede otorgar en los siguientes casos:

- a) Anticipo de Cirugía.
- b) Programación de Cirugía y Servicios.
- c) Reporte desde el Hospital.

En el caso de Reporte desde el Hospital, el uso del servicio deberá ser solicitado por el Hospital y/o Asegurado a Zurich México. La Compañía, determinará de acuerdo con el Contrato la procedencia del caso para otorgar la cobertura de los gastos generados. En caso de no contar con dicha autorización, su costo no será cubierto a través del Servicio de Pago Directo.

6.5. ANTICIPO DE CIRUGÍA

Zurich México conviene en otorgar el anticipo del 60%, sobre el presupuesto de los honorarios médicos quirúrgicos y gastos hospitalarios estimados por atención de un Accidente o Enfermedad cubierta del Asegurado Titular o de los Asegurados Dependientes que aparecen en el Certificado individual, de acuerdo con el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

Que el Asegurado Titular entregue a Zurich México con por lo menos 5 (cinco) días de anticipación al internamiento lo siguiente:

- 1) Historia clínica e informe médico completo del Asegurado afectado incluyendo diagnóstico y tratamiento a seguir, así como resultado de los estudios y radiografías practicadas con los cuales se confirme y concluya dicho diagnóstico.
- 2) Aviso de Accidente o Enfermedad en formato proporcionado por Zurich México.
- 3) Presupuesto de Honorarios Médicos y gastos hospitalarios.
- 4) Cualquier información adicional que cada caso particular amerite y que Zurich México solicite para el dictamen del siniestro.

Una vez recibida la información anterior completa, se determinará si es procedente y en caso afirmativo, Zurich México expedirá cheque en favor del Asegurado Titular, comprometiéndose a proporcionar a la misma los comprobantes que amparen el anticipo a más tardar dentro de los 3 (tres) días hábiles posteriores contados a partir del día siguiente de la fecha de egreso del Asegurado del Hospital, en caso contrario Zurich México cobrará un interés equivalente al costo porcentual promedio

que haya estado vigente durante el período comprendido entre el día en que se dio el anticipo y el día en que se realizó la comprobación de los gastos.

Si al contar con la documentación definitiva para el pago del siniestro, la causa que lo motivó o la información proporcionada, fuera diferente a la que originó el anticipo, la procedencia del siniestro se determinará con las últimas pruebas, en caso de no proceder, el Asegurado acuerda devolver a Zurich México el importe total del anticipo más el interés que resulte de acuerdo con la tasa referida en el párrafo anterior y por el período comprendido entre la fecha en que se dio el anticipo y la fecha en que haga la devolución.

6.6. SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Funciona para aquellos gastos cubiertos por el Contrato donde:

- El servicio médico se hubiere proporcionado por Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios no incluidos en la Red de Prestadores de Servicios.
- Zurich México no hubiera contado con la oportunidad y viabilidad para verificar la situación de procedencia del caso, de tal forma que no se hubiera autorizado el Servicio de Pago Directo.

Una vez otorgado el Servicio de Pago Directo pactado al Prestador de Servicios Médicos por concepto de honorarios profesionales por un procedimiento, Zurich México no reembolsará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.

6.7. APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO

- Si el Asegurado que recibe la atención médica utiliza el Servicio de **Pago Directo y/o Reembolso** con Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios incluidos en la Red de Prestadores de Servicios, se aplicará la siguiente tabla para manejo de Deducible y Coaseguro:

		Nivel Hospitalario donde se atendió el Asegurado		
		Élite	Premium	Estándar
Nivel Hospitalario Contratado	Élite	Deducible: Contratado Coaseguro: Contratado	Deducible: Contratado – 1 UMAM Coaseguro: Contratado - 5%	Deducible: Contratado - 2 UMAM Coaseguro: Contratado - 10%
	Premium	Deducible: Contratado Coaseguro: Contratado + 20%	Deducible: Contratado Coaseguro: Contratado	Deducible: Contratado – 1 UMAM Coaseguro: Contratado - 5%
	Estándar	Deducible: Contratado Coaseguro: Contratado + 40%	Deducible: Contratado Coaseguro: Contratado + 20%	Deducible: Contratado Coaseguro: Contratado

- Contratado se refiere al Coaseguro y Deducible indicado en el Contrato.
- En los casos en los que el gasto a cargo del Asegurado por concepto de Deducible se le disminuya una cantidad mayor al Contratado, se considerará como exento del mismo.
- En los casos en los que el gasto a cargo del Asegurado por concepto de Coaseguro se le disminuya una cantidad mayor al Contratado, se considerará como exento del mismo.

En el caso de la Red de Zurich, los hospitales pueden ser consultados en el siguiente link:
www.zurich.com

- b. En cualquier situación donde el Asegurado reciba atención médica en un Hospital de mayor nivel al del Plan contratado, se elimina el límite que hace referencia al Tope de Coaseguro.
- c. Para todos los incisos de esta Cláusula, en gastos posteriores al gasto inicial tramitados vía Reembolso, se aplicará el Coaseguro y limitaciones de la Póliza.

6.8. AJUSTE DEL MÉDICO AL TABULADOR DE PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS ZURICH

Si el Médico manifiesta por medio de Informe Médico que decide ajustarse al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, **no se reembolsarán gastos por el procedimiento indicado en dicho informe en ninguna circunstancia.**

En el caso de pago por Reembolso, la cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes, instrumentistas y anestesiólogos, consultas postoperatorias, así como por visitas hospitalarias, de acuerdo con el límite establecido por el monto por Procedimientos Terapéuticos.

Los procedimientos terapéuticos realizados que no se encuentren en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich se valorarán por similitud a los comprendidos en ella.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos terapéuticos, Zurich México pagará únicamente el importe del mayor que resulte del Monto por Procedimiento Terapéutico, o uno de ellos si los montos son iguales.

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

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el procedimiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios de éste serán cubiertos al 100% según el Monto por Procedimiento Terapéutico.

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

Se cubren los honorarios por concepto de terapias de rehabilitación para Padecimientos y Accidentes cubiertos de acuerdo con el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich.

En el caso de terapias de rehabilitación física, cuando Zurich México lo considere conveniente podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas terapias sean médicamente indispensables.

7. CLÁUSULAS GENERALES

7.1. CONTRATO

Es el Contrato de Seguro de Gastos Médicos Mayores celebrado entre el Contratante y Zurich México por virtud del cual esta última se obliga frente al Asegurado, a pagar las indemnizaciones que resulten al producirse alguno de los Padecimientos, Accidentes o Maternidad previstos en las presentes

condiciones, siempre que proceda de acuerdo con las coberturas y condiciones contratadas y que se encuentren vigentes al ocurrir dichos eventos, tanto la Póliza como el Certificado Individual.

El Contrato de Seguro está integrado por las declaraciones del Contratante y Asegurado proporcionados por escrito a Zurich México, la Carátula de la Póliza, estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Certificados Individuales, los endosos, Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich y cualquier otro documento que haya sido materia para la celebración del mismo.

7.2. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA (ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)

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

7.3. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Cualquier modificación al presente contrato, deberá registrarse de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, lo anterior en términos del artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Los agentes, empleados o apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas no están autorizados para realizar cambios a las presentes Condiciones Generales ni a recibir comunicaciones para Zurich de parte del Asegurado o sus causahabientes por lo que las mismas deberán ser dirigidas directamente a Zurich.

7.4. COMUNICACIONES Y/O NOTIFICACIONES

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato, deberá de enviarse por escrito al domicilio de Zurich ubicado en: Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20, Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5 Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390, mismo que se establece en la carátula de Póliza, o en su defecto, al último que se haya comunicado para tal efecto. En consecuencia, queda entendido que los agentes de la Compañía no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase, excepto cuando la Compañía los autorice especialmente para ello; en este caso, se dará aviso oportuno al Contratante, de dicha autorización. La Compañía enviará las comunicaciones correspondientes a este Contrato al Contratante, al domicilio que aparece en la carátula de la póliza, o al último que tenga registrado del mismo; o en su caso, al correo electrónico proporcionado por el Contratante en la Solicitud; el cual en caso de que se inhabilite, se bloquee o por cualquier razón ajena a la Institución de Seguros, dejare de ser operativa, se obliga a notificar el cambio de correo electrónico a la Institución de Seguros, en el entendido de que de no hacerlo, todas las comunicaciones o entregas de documentación contractual correspondientes al contrato de seguro, se entenderán como legalmente realizadas por la Institución al correo electrónico aquí indicado o al último que tenga registrado del mismo.

7.5. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Art. 82 de la misma Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

7.6. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos, por escrito o por cualquier otro medio, en la Unidad Especializada 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, 65 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 años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

7.7. 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 y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

7.8. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

No obstante que el Contrato de Seguro se celebre a través de un prestador de servicios distinto a un Agente de Seguros, Zurich se obliga a entregar al Contratante la Póliza, y el resto de la documentación contractual de forma impresa al momento de la contratación del seguro.

Cuando el pago de la prima se efectúe con cargo a una tarjeta o cuenta bancaria, la póliza que se emita junto con el cargo efectuado a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Contratante, podrán ser utilizados como medios de prueba para hacer constar la celebración o renovación del contrato de seguro.

7.9. ENTREGA ELECTRÓNICA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula de "Entrega de documentación contractual", cuando el Contratante/Asegurado así lo consienta de forma expresa y por escrito, la entrega de la documentación contractual se efectuará dentro de los primeros 30 días naturales siguientes a la celebración del contrato a través de correo electrónico en la dirección electrónica proporcionada por el Contratante para tal efecto. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse al siguiente día hábil.

Cuando el contrato de seguro se celebre con la intervención de un intermediario, la entrega de la documentación contractual deberá efectuarse siempre a través de dicho intermediario, sin perjuicio del derecho del Contratante/Asegurado de solicitarla directamente a Zurich en el caso de que ésta no le sea entregada, toda vez que se reputa que el intermediario está facultado para realizar todos los actos que por costumbre constituyan las funciones de un intermediario.

Si el Contratante/Asegurado no recibe la documentación contractual en la forma prevista anteriormente, podrá acudir a cualquiera de las oficinas de Zurich cuyos datos y domicilios se encuentran a su disposición en la página www.zurich.com.mx o bien, deberá solicitarlo a través su Agente de seguros.

7.10. MONEDA

Tanto el pago de la prima como las indemnizaciones a que haya lugar por esta póliza, son liquidables en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de su pago.

El tipo de cambio que se aplicará en el caso en que la Póliza haya sido contratada en dólares será de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominados en moneda extranjera

pagaderos en la República Mexicana publicados por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

7.11. COMISIONES Y COMPENSACIONES DIRECTAS

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.

7.12. EDAD

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

- Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería, por la edad real, la obligación de Zurich México se reducirá a la que con la Prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo con la edad real, en la fecha de celebración del contrato.
- Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, Zurich México estará obligada a reembolsar al Contratante y/o Asegurado la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento de su ingreso a la Colectividad Asegurada, reduciéndose las Primas ulteriores de acuerdo con la edad real.

7.13. EDAD DE ADMISIÓN

Zurich México no aceptará el ingreso a esta Póliza a miembros de la Colectividad Asegurable cuya edad no esté dentro de sus límites de aceptación, considerando como edad mínima, máxima y de renovación las siguientes:

Cobertura	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Edad de renovación	Edad de cancelación
Cobertura Básica	0 años	64 años	64 años	65 años
Indemnización Diaria por Hospitalización	0 años	60 años	64 años	65 años
Continuidad familiar (menores)	0 años	24 años	24 años	25 años
Continuidad familiar (adultos)	18 años	64 años	64 años	65 años
Para las demás coberturas	0 años	64 años	64 años	65 años

Estas edades se pueden modificar a través de Endoso correspondiente.

7.14. RESIDENCIA

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., no celebrará contrato de seguros con personas que residan fuera de la República Mexicana, entendiéndose por residencia el lugar en dónde la persona tiene su principal asiento para el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones.

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

7.15. CAMBIO DE OCUPACIÓN

Si el Asegurado cambia de ocupación, deberá avisar inmediatamente por escrito a la Compañía, quien estará facultada para rescindir el contrato o para extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicho cambio. Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito del cambio de ocupación, la Compañía, en caso de siniestro, únicamente deberá devolver la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado en un plazo no mayor a 7 (siete) días hábiles quedando liberada de cualquier obligación.

7.16. OMISIONES E INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante está obligado a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con la Solicitud y el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o los deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro sin necesidad de declaración judicial, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro, tal y como lo dispone el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como en los artículos 8, 9 y 10 de la misma Ley.

Esta obligación también es aplicable a los Asegurados que se incorporen a la Colectividad Asegurada con posterioridad al inicio de Vigencia de la Póliza y otorguen su consentimiento después de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo. **En caso de omisión, falsa o inexacta declaración del Contratante o Asegurado, en su caso, al momento de anotar las declaraciones en la Solicitud de seguro, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro, en los términos de lo previsto en el Artículo 47 en relación con los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

7.17. CONTRIBUCIÓN DE LOS ASEGURADOS

Los miembros de la Colectividad Asegurada podrán contribuir al pago de la prima. Cuando el miembro de la Colectividad Asegurada no cubra al Contratante la parte de la prima que se obligó, éste podrá solicitar su baja de la Colectividad Asegurada a la Compañía.

7.18. AJUSTE A LA SUMA ASEGURADA

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el Certificado Individual, no concuerda con la pactada, la Compañía, pagará la Suma Asegurada que corresponda aplicando la Suma Asegurada pactada. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho, o a la solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, substituyendo el Certificado Individual.

En este caso deberá ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada, desde la fecha en que se operó el cambio.

7.19. DE SANCIONES

No obstante, cualquier otro término bajo este contrato, Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V. no otorgará cobertura o realizará pago alguno ni prestará servicio o beneficio alguno a cualquier asegurado o tercero en la medida en que dicha cobertura, pago, servicio, beneficio y/o cualquier negocio o actividad del asegurado violen cualquier ley o reglamento de sanciones comerciales o económicas aplicable por cualquier país u organismo público internacional, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

7.20. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de Zurich México quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, con el fin de hacerla incurrir en error, disimula o declara inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro.” (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Zurich, si el(los) Contratante(s) o Asegurado(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis del Código Penal Federal¹ y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X de la disposición Trigésima Novena, fracción VII de la disposición Cuadragésima Cuarta y 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(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.

8. AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V., ("Zurich México") con domicilio en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390; es Responsable del uso y protección de sus datos personales. Los datos personales son recabados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que, en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración y análisis, así como para cumplir las obligaciones derivadas de dicha relación.

Para más información sobre el uso de sus datos personales, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral General en nuestro sitio: <https://www.zurich.com.mx/es-mx/aviso-de-privacidad>

9. MARCO LEGAL

Para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: <https://www.zurich.com.mx/regulaciones>; en la sección Regulaciones, de forma adicional, los artículos citados en las presentes Condiciones Generales pueden ser consultados a través de las páginas de internet:

- Circular Única de Seguros y Fianzas
<https://lisfcusf.cnsf.gob.mx/>
- Marco Legal aplicable a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
<https://www.gob.mx/cnsf/acciones-y-programas/normativa-25263?idiom=eshttps://www.gob.mx>
- Ley Sobre el Contrato de Seguro.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/211.pdf>
- Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISF.pdf>
- Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LPDUSF.pdf>
- Ley Federal del Trabajo
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>

Para cualquier aclaración, reclamación o duda no resuelta le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Zurich, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 18:00 y viernes de 9:00 a 14:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com.

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur No. 762, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfonos: 55 5340 0999 y 800 999 8080. Página de internet: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de febrero de 2026 con el número CNSF-S0037-0057-2026/CONDUSEF-007132-01.